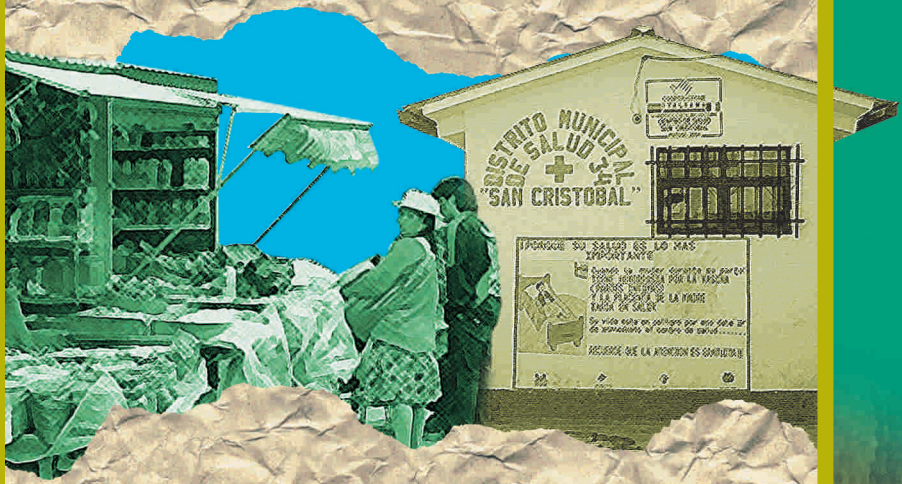
Libros de Bolsillo

Ingrid Tapia
Ricardo Royder
Teodora Cruz



¿MENTISAN, PARACETAMOL O WIRA WIRA?

Jóvenes, salud e interculturalidad en los barrios mineros de Potosí

PIEB

¿Mentisan, Paracetamol o wira wira?

Jóvenes, salud e interculturalidad en los barrios mineros de Potosí

LIBROS DE BOLSILLO

¿Mentisan, Paracetamol o wira wira?

Jóvenes, salud e interculturalidad en los barrios mineros de Potosí

Ingrid Tapia M.

Ricardo Royder Y.
Teodora Cruz C.

PIEB

PROGRAMA DE INVESTIGACIÓN ESTRATÉGICA EN BOLIVIA

La Paz, 2006

Esta publicación cuenta con el auspicio del Directorio General para la Cooperación Internacional del Ministerio de Relaciones Exteriores de los Países Bajos (DGIS).

Tapia Montecinos, Ingrid
¿Mentisan, Paracetamol o wira wira? Jóvenes, salud e interculturalidad en los barrios mineros de Potosí / Ingrid Tapia M.; Ricardo Royder Y.; Teodora Cruz C.— La Paz: FUNDACIÓN PIEB, 2005.
129 p.; cuadr.; gráfs. 21 cm. — (Ediciones de Bolsillo; no 14)

D.L. : 4-1-1188-06
ISBN : 99905-829-8-X : Encuadernado

ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD / SERVICIOS DE SALUD / JÓVENES -POLÍTICAS DE SALUD / MEDICINA TRADICIONAL / ENFERMEDADES-JÓVENES / SALUD PÚBLICA / SALUD BÁSICA / MEDICINA PREVENTIVA / JÓVENES-MINEROS / MEDICAMENTOS / PLANTAS MEDICINALES / POTOSÍ-SAN CRISTÓBAL

1. título **2.** serie

© Fundación PIEB, julio 2006
Edificio Fortaleza, Piso 6, Of. 601
Av. Arce Nº 2799, esquina calle Cordero, La Paz
Teléfonos: 2 43 25 82 - 2 43 18 66
Fax: 2 43 52 35
Correo electrónico: fundapieb@acelerate.com
Website: www.pieb.org
Casilla postal: 12668, La Paz

Diseño gráfico de cubierta: Jorge Prado

Fotos de tapa: Equipo de investigación

Edición: Mónica Navia

Producción: Imprenta Weinberg
Tel.: 2490505
La Paz, Bolivia

Impreso en Bolivia
Printed in Bolivia

Índice

Presentación 7

Prólogo 9

Introducción 13

1. Estado del arte 17

2. Los jóvenes de los barrios mineros 25
1. Historia de los barrios de San Cristóbal 25
2. Características de la población 26
3. Actividad económica de la zona 27
4. Organizaciones sociales del barrio 28
5. Ser joven en San Cristóbal 29
6. Ser joven minero: ¿una elección o un destino? 30
7. Migración y relación con sus comunidades de origen 33

3. Percepciones sobre la salud y la enfermedad 35
1. Percepción de las enfermedades o padecimientos más frecuentes y graves 36
2. Enfermedades o padecimientos considerados graves 37
3. Enfermedades para el médico o para el curandero 38
4. Enfermedades para el curandero 41
5. Religión y enfermedad 44

4. Sistema de salud "tradicional" en San Cristóbal 47
1. Especialidades de los terapeutas tradicionales 48
2. Servicios que prestan los terapeutas tradicionales 49
3. ¿Cómo llegan los jóvenes a los curanderos? 54
4. Principales motivos de consulta de los jóvenes a los curanderos 55
5. Curanderos y género 55

6. Curanderos y bienestar económico 58
7. Percepción de los jóvenes sobre los curanderos 59

5. Relación con el sistema de salud biomédico 61
1. Servicios de salud biomédicos 61
2. Estadísticas de las consultas de los jóvenes en los centros de salud 62
3. Percepción del personal de salud sobre las principales causas de consulta 67
4. Percepción del personal de salud sobre los jóvenes de San Cristóbal 69
5. Limitaciones al acceso de los servicios de salud biomédicos 71
6. Propuestas para que se incremente la asistencia de los jóvenes a los centros de salud 72
7. Percepciones de los jóvenes 74

6. La autoatención 79
1. Conocimiento y uso de los medicamentos de patente 80
2. Conocimiento y usos de las plantas medicinales y otros recursos de salud 84
3. Percepciones del personal biomédico 86
4. Percepciones de los terapeutas tradicionales 88
5. Algunas reflexiones sobre la autoatención 89

7. Jóvenes, salud e interculturalidad 91
1. Itinerario terapéutico 91
2. Posibilidades terapéuticas 92
3. Interculturalidad en salud 97
4. Percepciones del personal de salud sobre los curanderos 99
5. Percepción de enfermedades de filiación cultural (tradicionales) 101
6. Tendencia a la institucionalización del parto 103
7. Percepciones de los terapeutas tradicionales 105

8. A manera de conclusión 109

9. Propuestas de políticas públicas 117

Bibliografía 125

Autores 129

Presentación

Jóvenes vs. Jóvenes

Existen muy pocas investigaciones que abordan la problemática de los jóvenes en Bolivia. Con el objetivo de cubrir una parte de este vacío, el Programa de Investigación Estratégica en Bolivia (PIEB) lanzó, en octubre de 2003, una convocatoria nacional para que jóvenes investigadores estudien la realidad de su sector.

La agenda investigativa que orientó el concurso fue definida por jóvenes de todas las regiones de Bolivia, como resultado de consultas con distintas organizaciones, investigadores, instituciones de la sociedad civil y operadores de políticas públicas que trabajan con el tema jóvenes. La sistematización de estas consultas derivó en la identificación de cinco ejes temáticos señalados como prioridades para investigar: jóvenes y su problemática económico-laboral; culturas juveniles; culturas y políticas ciudadanas; socialización en el mundo de los y las jóvenes; jóvenes y religiosidad.

Un total de 108 proyectos elaborados por 305 investigadores se presentaron al concurso y 10 fueron elegidos para su financiamiento. Hoy tengo el grato honor de presentar la publicación de seis de estas investigaciones concluidas: *La noche es joven. Territorios juveniles en el centro paceño* de Alejandro Barrientos, Maya Benavides y Mariana Serrano; *La profesión es todo, la profesión es nada. Los jóvenes benianos con relación al valor de su profesión e inserción laboral* de Cynthia Vargas, Ana Karin Arias y Jesús Edgley; *¿Mentisan, Paracetamol o wira wira? Jóvenes, salud e interculturalidad en los barrios mineros de Potosí* de Ingrid Tapia, Ricardo Royder y Teodora Cruz; *Jóvenes.com. Internet en los barrios populares de Cochabamba* de Orlando Arratia, Patricia Uberhuaga y

Mariela García; *Líderes indígenas. Jóvenes aymaras en cargos de responsabilidad comunitaria* de Máximo Quisbert, Florencia Callisaya y Pedro Velasco; y *De servidumbre a mujeres con derechos. Representaciones sociales de la trabajadora del hogar asalariada en Sucre* de Katrina Peñaranda, Ximena Flores y Álvaro Arandia.

Las seis publicaciones permiten aproximarnos al mundo de los jóvenes desde la mirada de los mismos jóvenes; pero también muestran a una generación de investigadores que plantean nuevos temas de investigación, otras miradas de la realidad e innovadoras categorías de análisis y maneras de investigar el terreno social y económico. Son portadores de valores de solidaridad, de trabajo en equipo interdisciplinario, de respeto a la visión del otro y de una alta ética en la generación de conocimiento propio. Entonces, esta presentación es, también, una invitación para conocerlos.

Godofredo Sandoval
Director del PIEB

Prólogo

¿Mentisan, Paracetamol o wira wira? ¿Ir al hospital? ¿Pasar directamente por la farmacia? ¿Hacerle caso a la abuela y a sus remedios caseros? ¿Y si este dolor no fuera para médico, sino para curandero?

La pluriculturalidad es el desafío de Bolivia. No sólo la medicina, sino también la justicia, la educación, las prácticas políticas y tantas otras ramas de la vida social e institucional tienen que plantearse cómo hacer convivir en su seno lógicas, valores y sentidos culturales diferentes, que corten la dominación y la asimetría de legitimidad; pero sin poner en peligro la existencia de la nación. El debate político e ideológico está en marcha. Sin embargo, en lo cotidiano, las prácticas interculturales —en las cuales los actores articulan diferentes lógicas culturales según sus propias pautas— son un hecho. Partir de estas prácticas para conceptualizar políticamente la pluriculturalidad es, sin duda, una etapa imprescindible.

En este sentido, el primer gran aporte de la investigación de Ingrid Tapia, Ricardo Royder y Teodora Cruz es el de mostrarnos, concretamente, cómo los jóvenes de ascendencia campesina de los barrios mineros de Potosí se apropian a su manera de las diferentes ofertas tanto institucionales (biomedicina y curanderismo principalmente) como informales (los conocimientos caseros empleados en la autoatención), y practican la interculturalidad sin que las aparentes contradicciones parezcan tener mayor problema. Para ello, los investigadores adoptaron una metodología adecuada. No partieron del estudio de la "medicina tradicional" en sí para luego inferir sus antagonismos con "la biomedicina", sino que se focalizaron sobre las prácticas concretas de los actores a través de lo que llaman la "carrera del enfermo". De esta manera, la inves-

tigación se ubica en la articulación de los diferentes "sistemas" de salud, poniendo el mismo énfasis en el empleo del curanderismo, de los remedios y saberes caseros o del naturismo que en la práctica de la biomedicina y el uso de los medicamentos de patente.

La descripción y el análisis de la relación con el sistema de salud oficial y del rol de la farmacia en la autoatención constituyen otro aporte valioso, ya que éstos son lastimosamente menos abordados por la antropología médica bolivianista que por la "medicina tradicional". Sin embargo, este estudio revela otro tipo de interculturalidad, ya no ligado con la tradicional oposición andino/no andino sino con los desentendimientos entre la cultura profesional del personal de salud y las expectativas de sus pacientes.

Es sorprendente escuchar que los jóvenes expresan sus quejas más en términos de buena atención, de mejor comunicación entre el paciente, su entorno social y el personal médico que de una interculturalidad que, de hecho, ya practican a diario entre la biomedicina y el sistema médico tradicional. Sus deseos de interculturalidad se limitan a que el personal médico utilice el quechua en la atención y a la desaparición de la discriminación hacia la gente del campo y su cultura; la interculturalidad sólo aparece como un ingrediente más de la necesaria mejora general de los servicios de salud, especialmente los públicos. En eso, los entrevistados coinciden con gran parte de la población boliviana, cualesquiera sea su origen sociocultural. ¿A quién no le tocó no entender el idioma del médico? ¿Quién nunca se sintió un ignorante frente a un médico todopoderoso? ¿Quién no enfrentó la violencia de los protocolos médicos frente al deseo de llevarse un enfermo a casa, por ejemplo?

Otro aspecto de la interculturalidad al cual alude la investigación es evidentemente el generacional. Los jóvenes del estudio ya no son iguales que sus padres. A diferencia de ellos, nacieron en la ciudad; sus problemáticas sociales son diferentes; su manera de relacionarse con las ofertas curativas, también. Y es justamente allí, en el seno de esta segunda o tercera generación, donde se gesta una interculturalidad que ya no es la del encuentro —o desencuentro— entre formas indígenas y biomédicas de pensar la salud y la medicina, sino de la construcción de un nuevo campo médico "mestizo" e intercultural.

Al enfocar el tema original de la autoatención, la investigación muestra cómo existen saberes populares urbanos que combinan ingeniosamente

conocimientos herbolarios, farmacéuticos académicos y del campo del curanderismo. Esta tercera vía —generalmente la primera etapa de la carrera del enfermo— es quizás donde mejor se manifiesta la ingeniosidad de las personas a la hora de convivir con elementos culturales distintos y, en algunos casos, a priori vistos como excluyentes. Como lo muestran claramente los autores, en la ciudad la oferta médica se amplía además con nuevos actores como las iglesias católica y evangelista, las vendedoras de insumos para la medicina tradicional y el curanderismo, los naturistas y curanderos "nuevo modelo", con una jurisdicción reformada por el ambiente urbano. De hecho, una conclusión importante del libro es que, en la ciudad, los curanderos pierden terreno en el campo de las enfermedades tradicionales, pero ganan otros espacios (la falta de trabajo, el negocio, el dinero, los robos, el alcoholismo...) relacionados con el entorno citadino de los jóvenes. Fenómenos de este tipo permiten salir de los análisis culturalistas para hacer hincapié en los procesos sociales en los cuales están inmersos los actores.

Modelada por pautas culturales, la enfermedad, en el sentido holista que tiene en el campo y los barrios populares, es también —quizás sobre todo— un síntoma social. Expresa el género, la generación, la situación socioeconómica y profesional, como en el caso de los jóvenes mineros; pero cristaliza igualmente las modalidades del proceso migratorio: la difícil integración socioeconómica en la ciudad o nuevos patrones de relaciones sociales, como lo revelan los mecanismos de la brujería.

Para acabar, quisiera subrayar una gran enseñanza de las prácticas medicinales de los jóvenes de los barrios mineros de Potosí resaltada por los autores de este libro: para realizarse, la interculturalidad necesita de la existencia de sistemas distintos y autónomos; pero la medicina tradicional o alternativa no necesita del patrocinio, aunque sea benevolente, de la biomedicina.

Pascale Absi
Antropóloga

Introducción

Los barrios mineros del distrito de San Cristóbal de la ciudad de Potosí se caracterizan por tener altos índices inmigratorios de familias y de jóvenes solos que se asientan en la zona principalmente por las posibilidades laborales que les proporciona el sector minero. Este proceso migratorio da lugar a conflictos y desencuentros culturales, debido a que los inmigrantes tienen distintas formas de relacionamiento con la sociedad urbana, dependiendo de su origen o de experiencias previas. Éstas influyen en su concepción sobre la salud y la enfermedad y en la forma de relacionarse con los curanderos y con el personal biomédico. Igualmente, el crecimiento urbano y el incremento notable de la marginalidad en la ciudad de Potosí están aumentando la demanda de servicios de salud.

El proyecto de investigación surgió de la preocupación por el incumplimiento de la Constitución Política del Estado, pues pese a que ésta reconoce la naturaleza multiétnica y pluricultural de Bolivia, la mayoría de los programas estatales en salud no incorporan planteamientos pluriculturales. En Potosí, y específicamente en los barrios mineros del distrito de San Cristóbal, los servicios de salud estatales y de las organizaciones no gubernamentales ONGs no ofrecen alternativas que tomen en cuenta la diversidad cultural de los pacientes, menos aún cuando se conoce tan poco sobre la problemática de salud de los jóvenes.

La investigación está orientada, en primera instancia, a conocer y analizar las percepciones y las prácticas de los jóvenes relacionadas con las enfermedades, para comprender su influencia en la utilización de los servicios de salud oficiales y/o tradicionales. En segunda instancia, busca conocer y analizar la interrelación entre autoatención, medicina tradi-

cional, medicina académica y otros recursos de salud, a partir del estudio de la trayectoria o itinerario que siguen los jóvenes enfermos para recuperar su salud. Finalmente, se pretende conocer los principales diagnósticos de consultas y hospitalización de los jóvenes, a partir de los registros de los centros de salud en la zona y de otros servicios frecuentados por la población del barrio.

Los principales protagonistas del trabajo realizado son los jóvenes de 19 a 29 años. Elegimos este rango de edades porque, a partir de los 19 años, ya empiezan a tener mayor independencia económica, laboral y familiar, y asumen con mayor autonomía sus problemas de salud. Además, en la zona de San Cristóbal la mayoría de los jóvenes mayores de 18 años ya tienen hijos, y en sus testimonios se manifiesta claramente que, al asumir su rol de padres o madres, cambian sustancialmente las concepciones, actitudes y prácticas en salud. También se involucró en la investigación a personal de salud de instituciones biomédicas (médicos, enfermeras, administrativos) establecidas en la zona, a los terapeutas tradicionales (curanderos, parteras y vendedores de medicinas no alopáticas) que prestan sus servicios en San Cristóbal y a las farmacéuticas del barrio.

La investigación se desarrolló en cinco barrios mineros que conforman el distrito municipal de San Cristóbal (Calvario, Luis Soux, Campamento Pailaviri, San Cristóbal y Mañazos). También tomó en cuenta a jóvenes que viven en el Cerro Rico porque en el ámbito sociolaboral se trata de la misma población, y la mayoría comparte la infraestructura sanitaria y los servicios de salud de la zona. Además, en ellos podemos encontrar con mayor fuerza la influencia del ambiente minero en las concepciones y prácticas de salud.

El trabajo de campo y de recolección de información contempló algunas técnicas etnográficas como: observación, entrevistas a profundidad y charlas informales. La observación se realizó en dos farmacias y en cuatro centros de salud; las entrevistas a profundidad fueron hechas a los jóvenes y personal de salud biomédico y tradicional. También se diseñaron fichas médicas que fueron aplicadas a pacientes que acudieron al centro de salud San Cristóbal para conocer la trayectoria del joven antes de llegar a la consulta médica, y se elaboraron registros para contar con información relacionada con los medicamentos que adquieren los jóvenes; si tenían receta médica o no y qué remedios caseros consumieron antes de llegar a la farmacia.

Por otra parte, recolectamos información sobre los diagnósticos registrados en los libros de consulta e internación de la gestión 2004 en los tres centros de salud a donde acude la mayor parte de la población joven de la zona. El acopio de información cuantitativa tuvo la finalidad de conocer los principales diagnósticos registrados y las causas de consulta y hospitalización de los jóvenes, a fin de establecer, proporcionalmente, el predominio de ciertas patologías y sus relaciones según las variables género, edad y ocupación. Esto nos permitió tener un panorama general de la situación de la salud de los jóvenes de San Cristóbal a partir de la información producida por personal biomédico en los centros de salud de la zona.

El presente estudio está dividido en nueve capítulos. En el primer capítulo se presenta un análisis de la bibliografía revisada que ha nutrido la reflexión teórica de la investigación. En el segundo, se exponen los aspectos económicos y sociales que caracterizan a los barrios mineros y a los jóvenes que viven en ellos. En el tercero, se abordan las percepciones de los jóvenes sobre las enfermedades que han experimentado o que ha sufrido su entorno familiar y que son consideradas como las más frecuentes y graves, además de quienes las tratan. En el cuarto, se describen los servicios que prestan los terapeutas tradicionales de San Cristóbal y las percepciones que tienen los jóvenes sobre ellos. El quinto capítulo hace referencia a los servicios biomédicos a los cuales acuden con mayor frecuencia los jóvenes y también recoge las percepciones del personal de salud sobre la juventud de la zona; este acápite cuenta con datos estadísticos de las causas por las cuales los jóvenes acudieron a consultar a estos centros de salud.

En el capítulo seis, se presenta la diversidad de conocimientos y prácticas que tienen los jóvenes de autoatención o atención en el ámbito doméstico; también se recogen las opiniones del personal de salud biomédico y de los terapeutas tradicionales sobre la autoatención. El capítulo siete muestra la reconstrucción de itinerarios terapéuticos que siguen los jóvenes para recuperar la salud, punto de partida del análisis sobre la interculturalidad en salud, que es desarrollado en el capítulo ocho. Finalmente, en el capítulo nueve se presentan algunas de las propuestas que hacen los jóvenes para mejorar la calidad de atención en los centros de salud.

Agradecemos al Programa de Investigación Estratégica en Bolivia (PIEB) por el apoyo financiero y la formación académica a la cual tuvimos el

privilegio de acceder, a la Asociación Civil Médecins du Monde Lyon por su apoyo y por habernos permitido descubrir la problemática sanitaria de San Cristóbal; de manera especial, agradecemos a Pascale Absi por su constante guía, a Olivier Barras y a los jóvenes de barrios mineros de Potosí por permitirnos construir juntos una parte de la historia de su salud. También expresamos nuestro reconocimiento al doctor Ronald Cardozo, a Helen Medina y al personal de salud de CENPOSEP, del Hospital Concepción, del Centro de Salud San Cristóbal, a los terapeutas tradicionales y a Lourdes, de la farmacia Los Ángeles.

1. Estado del arte

La presente investigación se nutre del pensamiento de Menéndez (1992), para quien la expansión de la práctica de la medicina académica y su relación con las medicinas tradicionales "está formando parte de procesos económicos, sociales e ideológicos que mantienen interdependencia entre sí, en términos de conflictos, apropiaciones y transacciones". De hecho, como subraya Roberto Campos (1997: 8), los modelos médicos académicos y tradicionales "no funcionan de manera separada o paralela ya que se establecen mutuas relaciones que implican en los niveles teórico, técnico e ideológico, el proceso contradictorio de oposición y apropiación. Estas relaciones pueden explicar los fenómenos de cambio en ambas prácticas". Se plantea, entonces, la "existencia de modelos médicos donde las ideas y las prácticas no son contempladas como fenómenos cerrados, pasivos y dotados de características puras e inalterables, sino como proceso en permanente transformación, con una activa apropiación y rechazo de saberes, un intercambio de actividades y creencias de diverso origen que conforman una dinámica realidad" (*ibid.*: 13). En los barrios mineros, se da este proceso dinámico porque existe una herencia cultural de origen campesino y agrícola mestizada con la experiencia urbana y obrera. Para entender los procesos de esta dinámica, nos pareció muy importante reflexionar a partir de las historias de vida de los jóvenes, desde su origen familiar, hasta su vivencia personal.

En los barrios mineros, la eficacia tecnológica de la medicina científica ha facilitado la expansión y penetración de la biomedicina académica; pero también está vinculada con el proceso capitalista y culturalmente hegemónico que obedece a una lógica mercantil y que se aleja, no sólo de

los objetivos de justicia e igualdad, sino también de las inquietudes y saberes locales de los pacientes. Desde los años noventa, la Organización Mundial de la Salud (OMS), frente a las limitaciones estructurales y logísticas de la medicina científica, ha recomendado la integración de la medicina tradicional. Sin embargo, hasta ahora, en Bolivia son muy pocos los casos donde la salud intercultural está presente y la mayoría de estos intentos se ha caracterizado por la subordinación de la medicina tradicional a la académica.

Partiendo de una perspectiva intercultural, se ha revisado bibliografía sobre enfermedades en el mundo andino bajo la hipótesis de que las concepciones y actitudes de los jóvenes de los barrios mineros está, por lo menos en parte, moldeada por su herencia campesina. Como subraya Fernández (1999), enfermarse y curarse en los Andes es algo sustancialmente distinto de estar enfermo y curarse en términos convencionales. Son otros los parámetros considerados por los médicos nativos y por los enfermos sobre la afección que padecen. Es por eso que los tratamientos apuntan en la dirección culturalmente pautada respecto a lo que es definido como la "enfermedad".

La bibliografía sobre concepciones andinas de la salud es abundante en el ámbito rural. No obstante, son muy pocos los estudios relativos al área urbana. De hecho, sólo un libro aborda las concepciones de la enfermedad de los mineros en la ciudad de Potosí: *Les ministres du diable. Le travail et ses représentations dans les mines de Potosi, Bolivia* (Absi, 2003). Éste hace referencia a las enfermedades ligadas con el trabajo minero y brinda algunas pautas importantes para la presente investigación. Describe, por ejemplo, los procesos de adaptación (ruptura/continuidad) de los migrantes rurales que llegan a la mina. También aborda la manera como los mineros entienden aprender a ser obreros a través de las enfermedades: para ser minero, hay que sufrir un susto iniciático que vuelve al trabajador colega del Diablo, quien le provee mineral. Asimismo, este estudio establece la influencia del mundo rural de origen de los mineros sobre sus concepciones y actitudes frente a la enfermedad y a la salud. Estas constataciones guiaron la revisión de la bibliografía sobre enfermedades en el mundo rural.

Uno de los primeros estudios que toma en cuenta a comunidades rurales del departamento de Potosí es el de Federico Aguiló (1982). Éste describe y analiza 145 enfermedades con su etiología, su diagnóstico y su procedimiento curativo. Asimismo, es una de las primeras investigaciones

antropológicas que aborda el tema de la enfermedad y la salud en la sociedad andina de Bolivia a partir de las concepciones y actitudes de los campesinos. Estudios anteriores hacían referencia principalmente a la curación; varios se concentraron en la zona kallawaya, principalmente en aspectos de herbolaria y de rituales, como lo hizo Girault. La investigación de Aguiló tiene una importancia fundamental porque abre nuevas perspectivas para el planteamiento de otros temas relacionados con la salud y la enfermedad, además de que da pistas para profundizar más la información acumulada por el autor sobre enfermedades y síntomas en los Andes. Aguiló parte de la enfermedad para ir a la curación. Una de sus preocupaciones ha sido la de "encontrar el hilo transmisor que nos ponga en contacto directo con la plena lógica del pensamiento autóctono como conjunción de su mundo simbólico, su sentir espontáneo y su praxis ritual, y de esta manera poder valorar en su justa medida el fenómeno de los sincretismos en su origen y en los cauces del proceso actual" (1982: 9).

En otros términos, la enfermedad cristaliza una cosmovisión, lo cual se refleja en lo que siempre hemos escuchado en el barrio de San Cristóbal: "si no crees en el curandero (si no compartes su universo cultural), no te vas a curar". En los Andes rurales, "la enfermedad es toda incidencia en el cuerpo o *'ajayu'* (espíritu) o a ambos a la vez, desequilibradora por la agresión extrínseca o intrínseca de un demiurgo con efectos permanentes, quizás progresivos y frecuentemente irreversibles. Es siempre maligna, y deja a la persona sumamente afectada y desconcertada" (*ibid*.: 10). Como otros autores, Aguiló identifica dos grandes categorías de enfermedades: la mítica y la natural.

En el estudio de Fernández (1999) desarrollado en La Paz, estas enfermedades míticas corresponden a las enfermedades de las "sombras" arrebatadas, que son la principal amenaza a la salud en el altiplano aymara.

> Los seres tutelares del altiplano aymara, las montañas (*achachilas*), la "Madre Tierra" (*Pachamama*), los malignos personajes de la noche y de las profundidades (*saqras, ñanqhas*), los de la gloria (rayos y calvarios) y los antiguos (*chullpas*) agarran desde adentro a los seres humanos (Fernández, 1999: 152).

Por otro lado, Aguiló en su trabajo hace referencia a cómo la enfermedad puede percibirse en el cuerpo a través del frío o del calor, lo que nos lleva a la tradicional teoría hipocrática de los humores.

Otro estudio que involucra a comunidades rurales del departamento de Potosí es el realizado por Oscar Velasco (1997). El autor propone un análisis de varias enfermedades de la nosología tradicional andina que son explicadas por su etiología a través del símbolo "salida del *ánimu*". Según Velasco,

> aunque en algunas de las enfermedades descritas hay algunos factores externos que pueden ser interpretados como agentes causantes de enfermedad, parece que éstos no son los más importantes desde el punto de vista de la cultura andina, que asigna mayor importancia a la "salida del *ajayu*" como etiología, y es posible que gran parte de la gente no internaliza los conceptos de microbio e infección como una causa de enfermedades, ya que su actitud inicial es de considerar el "susto" o "la pena" como agentes etiológicos, que explican la enfermedad por la "salida del *ajayu*" (*ibid.*: 2-3).

Nos preguntamos, sin embargo, hasta qué punto esto es cierto en la actualidad y en los jóvenes que viven en las ciudades. Asimismo, realiza una comparación con la nosología de la medicina moderna buscando equivalentes en las dos clasificaciones. Éste puede ser un punto de partida interesante para articular los resultados de las entrevistas con los jóvenes y los datos recogidos en los centros médicos.

En la misma lógica, contamos con la investigación realizada por el Proyecto Concern Internacional (1997) en algunas comunidades aymaras y quechuas de los departamentos de Oruro, Cochabamba y Potosí. Es un esfuerzo importante en la descripción e interpretación de las enfermedades mencionadas por los comunarios y especialistas en medicina tradicional y en la aproximación a la nosología médica moderna. Es un intento de comparar la nosología de la medicina tradicional andina con la nosología moderna para que el personal de salud que escuche nombrar síntomas o enfermedades propias de la medicina andina pueda interpretar su significado en términos de la medicina actual y tomarlo en cuenta cuando realizan el diagnóstico.

Existe, entonces, un corpus importante sobre la percepción y clasificación de las enfermedades en los Andes rurales. ¿En qué medida son compartidas por los jóvenes de los barrios mineros?, ¿cómo se transforman al contacto con la ciudad y con la medicina occidental? Éstas son algunas de las preguntas de esta investigación.

Para enfocar las relaciones entre medicina académica convencional y medicina tradicional, se cuenta con el estudio reciente y ya citado de Gerardo Fernández (1999), en el cual existen algunas pautas para el diálogo y el debate sobre la interrelación entre medicinas tradicional y convencional.

La primera etapa de la revisión bibliográfica estuvo centrada principalmente en trabajos sobre salud en comunidades rurales de Bolivia que han profundizado el análisis de las concepciones de la enfermedad. La segunda fase de la revisión bibliográfica estuvo orientada especialmente a las prácticas en salud en espacios urbanos. Esta revisión se concentró en trabajos realizados especialmente en México debido a la inexistencia de bibliografía sobre el tema en Bolivia.

Las prácticas de los jóvenes para recuperar la salud pueden ser esquematizadas en lo que varios autores han denominado el itinerario, la trayectoria o carrera del enfermo, que

> tiene una finalidad pragmática en buscar (y después encontrar) la curación, el alivio al malestar, la disminución de la angustia y la preocupación, es decir, que independientemente de las variables sociales, económicas, culturales y hasta políticas, el hilo conductor de la estrategia es la búsqueda persistente, incansable, esperanzadora de la eficacia, donde quiera que ésta se encuentre. Esto también puede llevar a resultados inciertos, ambiguos y aun fallidos (Campos, 1998).

En San Cristóbal, debido a que los jóvenes toman en cuenta la diversidad de ofertas en salud, ya sean las farmacias, las *q'apachaqueras*, los centros de salud, los curanderos, etcétera, se buscó bibliografía orientada a comprender mejor el itinerario terapéutico del joven y el funcionamiento de los diferentes sistemas de salud y su coexistencia en espacios urbanos. En América Latina, México es el país que ha producido mayor material bibliográfico en este campo.

En el libro compilado por Roberto Campos (1992) se presentan varios textos básicos sobre antropología médica con orientaciones teóricas diferentes; en ellos, la teorización de los modelos médicos surge principalmente para comprender las diversas prácticas médicas que coexisten en un determinado país. Si bien cada corriente jerarquiza una práctica o conocimiento curativo, lo interesante de estos trabajos es que ofrecen marcos explicativos de las relaciones existentes entre los diferentes modelos médicos.

Por otra parte, Carlos Viesca analiza la obra *Medicina y magia* del doctor Aguirre Beltrán, uno de los primeros estudios realizados en México que deja de lado la investigación exclusiva de las medicinas indígenas y que incorpora, entre otros aspectos, el análisis del proceso de aculturación médica. Para nuestra investigación, este análisis es importante, porque percibimos en los jóvenes un proceso interesante de aculturación. También Aguirre considera que es importante ver a la medicina tradicional bajo la óptica de su poliformismo. Esto se presenta en la zona de San Cristóbal porque existe una combinación de influencias rurales, urbanas, de ambiente minero, etcétera. Lo anterior nos hace pensar que la oferta de los prestadores de salud del sistema tradicional o popular se está diversificando constantemente, ya que hemos encontrado una variedad de terapeutas, desde los *p'ajpakus*[1], hasta los hueseros[2]. El estudio de Aguirre Beltrán también resalta la "variabilidad que caracteriza a las culturas en contraposición de la imagen de ellas que era generalmente dada como estática (…) y se fijó la atención en patrones de cambio y permanencia, llevándose así a la medicina al terreno mismo de la evolución de las sociedades de las que es parte" (Viesca, 1992: 125).

Uno de los trabajos que tuvo gran impacto en las investigaciones de salud en los noventa y en esta investigación es el de Eduardo Menéndez, *Modelo hegemónico, modelo alternativo subordinado, modelo de autoatención: Caracteres estructurales.*

> Construye una interpretación teórica lo suficientemente sólida como para brindar explicaciones de los procesos de conflicto y complementariedad que se da entre los diversos sistemas curativos presentes en la misma organización social. No se trata de considerarlos como fenómenos aislados o paralelos sino como procesos dinámicos e interactuantes (Menéndez, 1992: 13).

En su obra, Menéndez sostiene que

> La medicina académica (u occidental) identificada como modelo médico hegemónico cumple funciones de cura y prevención e incluso de control social,

[1] En este caso, los jóvenes definieron al *p'ajpaku* como al charlatán que vende fricciones, principalmente con grasa de víbora y lagarto, y otros remedios de plantas medicinales. También es considerado como aquel que ve la hoja de la coca; pero que no soluciona los problemas.
[2] Es el especialista que resuelve los problemas de salud relacionados con los huesos.

> dominio ideológico y exclusividad jurídica. La existencia de otros sistemas curativos es planteada en términos de simultaneidad y coexistencia operativa así como de una creciente subordinación técnica e ideológica que se expresa en múltiples contradicciones operadas por los curadores tradicionales (por ejemplo, el uso de conceptos médico-científicos o el uso de antimicrobianos). El autor también rescata la práctica social de la autoatención como un modelo médico estructural presente en toda organización social, reconociendo características curativas sociales, culturales y económicas (eficacia pragmática, legitimidad colectiva, etcétera) que son ignoradas e infravaloradas por los médicos académicos cuya actitud, casi siempre, es rechazante y estigmantizante (...). Los modelos médicos —entendidos como un instrumento metodológico— son constructores sociales dinámicos y procesales, muy por encima de concepciones fijas y monolíticas. De allí, la insistencia del autor en considerar las múltiples y constantes interrelaciones que ejercen entre sí los diversos modelos curativos, donde la transacción constituye uno de los principales resultados de interacción (Campos, 1992: 31-32).

Por otra parte, maneja el concepto de modelo médico alternativo en el cual se engloban una serie de prácticas subordinadas legal e ideológicamente al modelo médico hegemónico, entre las cuales sobresalen las medicinas denominadas "tradicionales" o "populares".

Otro trabajo importante desarrollado por el mismo autor es *Autoatención* y *automedicación. Un sistema de transacciones sociales permanentes*. En éste, el autor afirma que "el punto de partida para el análisis de la automedicación[3] es considerarla no como un hecho negativo o positivo en sí, sino como parte de un fenómeno más inclusivo" (Menéndez, 1992: 141). Para él la automedicación se caracteriza por una doble mirada, ya sea excluyente por el dominio de estereotipos, más que por el intento de clasificación conceptual. "Para la mirada médica, la autoatención aparece como unilateralmente negativa, mientras que para los antropólogos constituye una 'supervivencia' positiva" (*ibid.*: 142). Desde el punto de vista médico, la autoatención supone el ejercicio ilegal de la medicina, y que tiene una consecuencia inevitable cuando no inter-

[3] La autoatención en salud "constituye la primera fase de un conjunto de actividades desplegadas por todos los grupos sociales y abarca la automedicación y el uso de remedios caseros (incluye las hierbas medicinales)" (Menéndez, 1992: 196).

viene el médico. Ve en la automedicación, entre otros, el surgimiento de resistencias biológicas respecto de fármacos antes eficaces. En cambio, para la antropología, la automedicación constituye uno de los "perdurables depósitos" de las "tradiciones culturales", a las cuales se les da un tono cultural o contractual según sean las concepciones ideológicas del analista. El problema de la negatividad no aparece en esta perspectiva, sino en la no realización de investigaciones específicas —una interpretación funcional de la misma (*ibid*.: 142).

Para esta investigación, es fundamental el enfoque de Menéndez, puesto que se ha observado en las farmacias que los jóvenes tienen un alto consumo de medicamentos. A partir de las entrevistas, hemos reflexionado sobre el proceso de medicalización de muchas de las enfermedades. En este sentido afirma: "La producción químico farmacéutica aparecería como el detonador del proceso y los medios de comunicación como los mecanismos de inducción del mismo" (*ibid*.: 142). Igualmente, el equipo comparte la reflexión que hace Menéndez sobre la importancia de ubicar la autoatención dentro de las políticas nacionales e internacionales de salud y proponer estrategias adecuadas de educación para la salud.

2. Los jóvenes de los barrios mineros

1. Historia de los barrios de San Cristóbal

El distrito municipal San Cristóbal de Potosí se encuentra en la zona alta de la ciudad, en la falda este del Cerro Rico, a una altura promedio de 4100 msnm. Es una de las zonas más frías de la ciudad. Los barrios se originaron con el descubrimiento del Cerro Rico de Potosí. En ese entonces era el barrio de indios, destinado a acoger a los indígenas sometidos al trabajo forzado de la mita. El caótico establecimiento habitacional fue el resultado de la improvisación debido a los impulsivos y numerosos asentamientos que se tuvieron en la zona desde el siglo XVI. Las viviendas se concentran alrededor de las antiguas parroquias de indios situadas al sur de la ciudad (antiguamente, la zona central estaba reservada para los españoles). Las calles, en su mayoría, son estrechas y las viviendas conservan el estilo colonial. Actualmente, hay dos hermosas iglesias donde se celebran misas para las festividades religiosas católicas: la de San Cristóbal y la del Calvario; ambas están catalogadas entre las más antiguas de Potosí.

> Sus primeras viviendas datan entre 1550-1560 aproximadamente, la zona de San Cristóbal antiguamente fue denominada "Cielo Pata", en la actualidad lleva el nombre de San Cristóbal por la aparición del mismo santo que se encuentra en el templo que fue construido en 1531; la actividad económica de la zona históricamente estaba concentrada en la producción minera y ésta a su vez impulsaba al trabajo de la población dedicada a otras actividades productivas como la artesanía y la agricultura en pequeña escala (UNITAS/ISALP, 1999: 3).

Doña Encarnación, que vive en la zona hace más de sesenta años, cuenta:

> Hace 60 años no había muchas casas, pero sí ingenios mineros que todavía existen. El Campamento Pailaviri era el lugar más bonito de la zona: las casas eran diferentes, pequeñas viviendas; todas tenían cocinas tipo *q'onchas*[1] con chimeneas, todavía no había gas y cocinaban todos a leña, los campesinos traían en burros la leña para vender.

Hoy en día, no todas las viviendas tienen agua y electricidad. Asimismo, la actividad minera es aún el motor de la vida económica del barrio.

2. Características de la población

El distrito municipal de San Cristóbal tiene una población de 8.579 habitantes (INE-CNPV, 2001). Representa el 9% de la población total del municipio. Sin embargo, en los dos últimos años, esta población se ha incrementado notablemente por la intensificación de la explotación de las minas del Cerro Rico a consecuencia de la subida de los precios de los minerales. Esto motivó que nuevas familias, especialmente jóvenes, se instalen en la zona por las posibilidades que les ofrece trabajar en la mina. De 8.579 habitantes que viven en San Cristóbal, el 22,75% son jóvenes que se encuentran entre las edades de 20 a 29 años. Los hombres constituyen la mayoría de la población (60,25%). Probablemente esto se deba a la demanda laboral que genera la minería, especialmente orientada a emplear a población masculina.

El 36,4% de la población del distrito trabaja directamente en la actividad minera y más del 20% en actividades de comercio y servicios, en su mayoría ligadas a la minería. El resto de los pobladores de San Cristóbal trabaja principalmente en instituciones públicas (Magisterio, Alcaldía, Prefectura, salud, etcétera), en pequeñas actividades comerciales dentro y fuera de la zona y, desde hace un par de años, en obras que ejecuta el Plan Nacional de Empleo de Emergencia (PLANE) —empleo temporal que ocupa principalmente a las mujeres.

[1] Cocina de barro hecha manualmente; tiene tres aberturas y funciona con leña.

Un rasgo que caracteriza a la población de San Cristóbal es su constante participación en las fiestas religiosas, las cuales le dan una dinámica especial a la vida del barrio:

> … las ayudas recíprocas y las invitaciones generadas por las ceremonias religiosas junto al trabajo constituyen el nudo de las relaciones sociales y de la vida misma del barrio. Si bien los mineros son menos asiduos que sus mujeres a las misas, ellos llevan por lo menos una vez por año a las vírgenes y a las cruces de las minas a escuchar misa en las antiguas parroquias de indios. Las familias mineras igualmente muestran una devoción ferviente a los santos milagrosos de los santuarios cercanos a la ciudad de Potosí y la mayoría de estas familias toman a su cargo la celebración por lo menos una vez en su vida. Luego del peregrinaje, una fiesta de varios días es organizada en la casa del pasante a la cual es invitado el conjunto de los vecinos"[2] (Absi, 2003: 49).

Las principales festividades en el barrio son el Carnaval minero, antecedido por las celebraciones de compadres y comadres que son muy importantes en la zona; y la fiesta de Todos Santos, en la cual se recuerda al difunto. En los barrios mineros, esta última celebración tiene connotaciones especiales por la relación que se tiene con la muerte, que se constituye en la compañera cotidiana de los mineros y sus familiares. Una gran parte de los lazos sociales y laborales se crean alrededor de estas fiestas religiosas.

3. Actividad económica de la zona

Desde sus orígenes, en San Cristóbal, la principal actividad económica ha sido la minería. En torno a esta actividad se ha generado un importante movimiento comercial y de servicios: pequeñas tiendas, pensiones, comisaría policial, surtidor de combustible, laboratorios químicos para el análisis de minerales, canchas de fútbol, locales de expendio de bebidas alcohólicas, etcétera. El mercado El Calvario y la calle Hernández son los principales centros de abasto de productos alimenticios y de artículos relacionados con la minería; en estos espacios se venden: guías para

[2] Para la presente edición, todas las traducciones del libro *Les ministres du diable. Le travail et ses représentations dans les mines de Potosí* han sido realizadas por el equipo de investigación.

explosivos, dinamitas, coca, alcohol, cigarros, carburo para lámparas, etcétera.

Desde los años cincuenta, la calle Hernández ha sido muy concurrida porque en ella está ubicado el edificio de la ex pulpería de la Corporación Minera de Bolivia (COMIBOL), que era el centro más importante de abastecimiento de productos domésticos para las familias de los mineros. Actualmente, es la calle principal donde se encuentran ubicados los puestos de venta de comida y de los ya tradicionales jugos de papaya y plátano, que se han constituido en un componente importante de la alimentación de los mineros. Hoy en día se concentran en esta calle varias oficinas de las cooperativas mineras y es la ruta que conduce al Cerro, por lo cual también es el camino principal de los mineros que van y vienen de las minas. Por esta razón, en la calle Hernández también se han asentado varias cantinas, que son los locales de expendio de bebidas alcohólicas.

> Desde que está bien la minería, hay cantinas por todas partes, todas son atendidas por cholitas muy jóvenes que vienen de Sucre. Son contratadas en estos lugares para atraer a la clientela. Les pagan y las visten bien, los mineros las tratan como a reinas... (doña Encarnación, anciana que vive en el barrio).

Otra actividad importante en la zona es la metalurgia. Hay varios ingenios de propiedad privada que concentran zinc, plata y otros minerales utilizando diversas tecnologías. Esta actividad genera serios problemas de contaminación ambiental que deberían ser atendidos por las autoridades. Algunos estudios médicos preliminares realizados por personal del centro de salud San Cristóbal señalan posibles impactos negativos en la salud de la población que vive en estos barrios por la alta concentración de plomo en la sangre. La consecuencia de esta concentración es la de contraer la enfermedad denominada saturnismo.

4. Organizaciones sociales del barrio

La población de San Cristóbal se caracteriza por su dinamismo en la conformación de organizaciones (especialmente de mujeres), posiblemente por la alta presencia de ONGs y/o por el origen rural de las familias. Hay un gran número de centros de madres que realizan diversas actividades,

como: gestión de microcréditos colectivos, fabricación de artesanías y elaboración de medicamentos caseros. Igualmente, a través de sus organizaciones, las mujeres ejercen presión para el cumplimiento de sanciones legales y sociales para vecinos del barrio que hayan transgredido ciertas reglas morales, especialmente la violencia familiar o el abandono del hogar. Las juntas vecinales están bien organizadas y resaltan en éstas líderes importantes que influyen en la toma de decisiones a nivel distrital y municipal.

También es frecuente encontrar la participación de jóvenes en las direcciones de las juntas vecinales. De manera independiente, ellos han organizado grupos que realizan diversas actividades como: campeonatos deportivos, fiestas, encuentros, etcétera. Sin embargo, al identificarse con nombres como "SIA", "BMX", "Vatos Locos" y otros, y al reunirse en espacios públicos, son considerados por los adultos como "vagos" y, hasta en algunos casos, como peligrosos.

5. Ser joven en San Cristóbal

No es posible conocer con certeza la cantidad y el origen de los jóvenes que viven en San Cristóbal, principalmente por la dinámica movilidad de esta población. Sin embargo, de acuerdo con la observación realizada en los lugares de trabajo y de diversión que frecuentan los jóvenes y con las entrevistas realizadas, la mayoría de los que viven en San Cristóbal provienen de familias mineras. Sus padres han sido o son mineros o trabajadores de los ingenios, o son migrantes de comunidades rurales del departamento de Potosí cuya estadía en la ciudad es variable: desde tres meses hasta 25 años.

En San Cristóbal, encontramos dos grupos de jóvenes marcadamente diferenciados: el mayoritario es aquel conformado por jóvenes de 18 a 22 años que ya han formado una familia, lo cual implica que han adquirido responsabilidades económicas, familiares y sociales que cambiaron su dinámica cotidiana. Los hombres de este grupo principalmente se dedican a trabajar en la minería y las esposas asumen las labores de casa, el cuidado de los hijos y algunas se dedican al pequeño comercio. La mayoría de estos jóvenes son del área rural. El minoritario está compuesto principalmente por estudiantes universitarios, profesionales, comercian-

tes y empleados de servicios públicos (Magisterio, salud, Alcaldía). Varias de sus actividades laborales y, en parte, sociales, se desarrollan fuera de San Cristóbal. La mayoría de ellos han nacido en la ciudad y dependen de sus padres, excepto los que ya han adquirido una profesión.

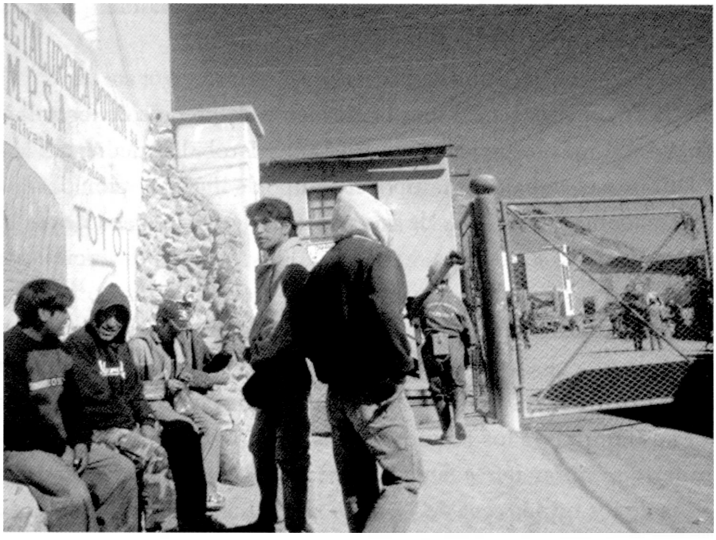
Las actividades sociales de los jóvenes solteros giran alrededor del deporte organizado al interior de sus barrios y en otras asociaciones deportivas estudiantiles. Igualmente participan de conciertos y bailes juveniles y familiares. Una característica de estos jóvenes es la de participar en comunidades parroquiales, barriales y "grupos de amigos" cuyo eje central de relacionamiento (excepto en las parroquiales) gira en torno al consumo de bebidas alcohólicas. Los jóvenes que son profesionales y que ya han formado una familia desarrollan sus actividades sociales en torno a sus vínculos familiares y laborales que no siempre son compartidas con los vecinos de San Cristóbal.

Las actividades sociales de los jóvenes que trabajan en la minería están determinadas por su actividad laboral y se insertan en el mundo de los adultos mineros. Por ello, ambos comparten las mismas actividades sociales. En su tiempo libre, se dedican al deporte participando en campeonatos organizados por sus cooperativas y participan en las festividades de Vírgenes y Santos. Igualmente en el barrio no faltan las fiestas de matrimonios, bautizos, misas de salud, etcétera. Durante el fin de semana, que empieza el viernes, se reúnen para hacer la ch'alla al Tío, lo que continúa con las visitas a las cantinas del barrio donde comparten las comidas y bebidas, pero también donde frecuentemente encuentran otras mujeres:

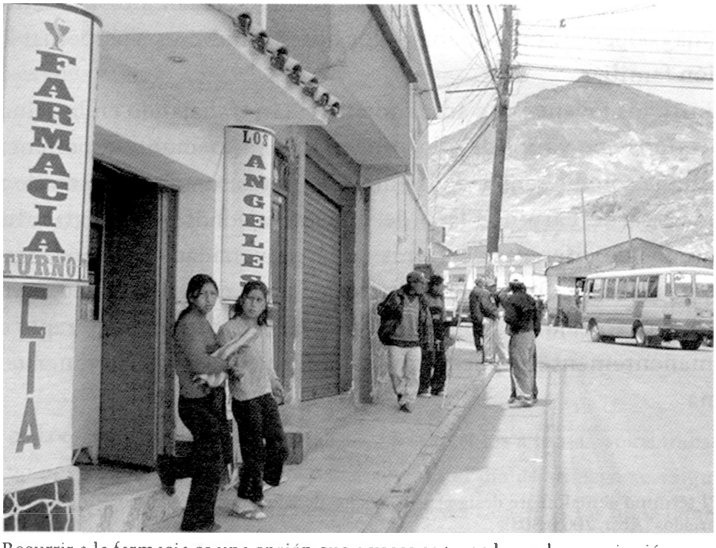
> El fin de semana ch'allamos con alcoholcito para el Tío en nuestro paraje, ya en la tarde bajamos al Calvario a comer unos platitos y continuamos tomando unos tragos con los compañeros de trabajo en compañía de las cholitas (Antonio, joven minero).

6. Ser joven minero: ¿una elección o un destino?

La proporción de trabajadores de origen rural no termina de crecer en las cooperativas, ellos representan cerca de la mitad de la población minera; no sin alguna exageración los *kajchas*[3] de origen citadino confirman esta



Los jóvenes potosinos que trabajan en las minas están expuestos a condiciones que ponen en riesgo su salud.



Recurrir a la farmacia es una opción que a veces es tomada por los propios jóvenes sin que haya la mediación de los doctores.

tendencia: antes todos los mineros eran de Potosí, ahora no hay más que campesinos" (Absi, 2003: 49)[4].

En la coyuntura actual, por la elevación de precios de los minerales, cada día son más los jóvenes que en San Cristóbal se dedican a la minería. Durante el trabajo de campo, el equipo de investigación observó que aproximadamente el 70% de los pasajeros eran jóvenes cuyas edades oscilan entre 18 a 30 años y sólo un 30% estaba por encima de esta edad.

Al respecto, los jóvenes en su mayoría coinciden en que ser minero no ha sido una elección voluntaria, sino el resultado de algunas presiones como asumir responsabilidades generadas por la formación temprana de sus familias (a los 18 años, varios de ellos ya son padres de familia), la muerte temprana de sus padres mineros (se estima que la esperanza de vida de los mineros es de 47 años[5]), la falta de oportunidades laborales[6], la transmisión temprana del oficio por parte de sus padres (es frecuente observar que los hijos desde temprana edad ayudan a sus padres en algunas tareas relacionadas con la mina; igualmente es usual que durante las vacaciones escolares los adolescentes trabajen junto a sus padres) y, en algunos casos, la transmisión de la condición de socio de alguna cooperativa condiciona a los hijos de mineros a perpetuar la tradición familiar.

Entre los jóvenes que actualmente están trabajando en la mina, encontramos que varios de ellos tienen otra formación y experiencia laboral que son diferentes de las mineras; éstas son: confección de ropa, ayudantes de carpintería o de mecánica, chóferes y agricultores, egresados de diferentes carreras de la universidad. Estos jóvenes asumen su nueva ocupación de mineros con una cierta fatalidad, consideran que el trabajo en la mina es "jodido", muy peligroso y que están permanentemente expuestos a las enfermedades y a la muerte temprana.

[3] El término actualmente designa a los socios de cooperativas, en oposición a los obreros asalariados (Absi, 2003: 303).
[4] La autora hizo un censo de 1.242 mineros en los años 1996 y 1998.
[5] Información vertida por dirigentes de cooperativas.
[6] La actividad minera en la ciudad de Potosí se constituye en la principal fuente laboral de mano de obra no calificada.

7. Migración y relación con las comunidades de origen

Gran parte de los jóvenes que viven en la zona mantienen algún vínculo con el campo; durante las fiestas de Carnaval y en días posteriores no es raro encontrar las calles de San Cristóbal y las minas vacías y el comercio paralizado. Las principales ocasiones en las que los jóvenes retornan a sus comunidades de origen son las fiestas y las temporadas de siembra y cosecha. De igual manera, muchas de las parejas jóvenes todavía consumen alimentos producidos en sus comunidades. Para estas parejas jóvenes, en la ciudad estos productos tienen mayor valor, pues consideran que los alimentos del campo son más "sanos" y "buenos" para tener una buena salud.

> En el campo, la gente es más fuerte porque se come las cosas que se produce, por ejemplo: la lagua, el pito. Yo cuando era chiquita no comía fideo, comía charque de llama, lagua de maíz, de trigo, papa, haba, quinua que se produce ahí mismo, en mi comunidad (Roxana, hija de la guarda de una mina).

Por otra parte, los jóvenes migrantes de primera generación hablan de sus comunidades con una cierta tristeza, porque consideran que allá la gente es más buena:

> En el campo no hay tanta envidia ni maldad como en la ciudad, nos enfermamos menos, trabajo también no nos falta; pero el dinero no alcanza, no hay de dónde sacar para comprar lo que necesitamos (Julián, joven del barrio).

Para las jóvenes mujeres, la migración a la ciudad y la inserción al ambiente minero constituyen un proceso de adaptación extremadamente difícil:

> Ya nada es como antes, nuestros maridos se van solos a tomar, solos trabajan, ya no nos toman en cuenta para nada, además el día de su pago se van a las cantinas y cuando más plata tienen, más mujeres tienen. A los hijos también ya no les ven igual, en el campo era mejor, vivíamos más tranquilas, ahora también cada día pensamos si van a volver o ya no, si van a tener accidente o no. Grave es aquí en la ciudad (Andrea, joven ama de casa).

Otras diferencias importantes que las mujeres resaltan entre la vida en el campo y en los barrios mineros de la ciudad están relacionadas con la desarticulación de la familia y la violencia al interior de ella.

> Cada viernes nuestros maridos llegan borrachos y si hay algo que no les gusta nos gritan, nos pegan. Antes yo no sabía levantarle la voz, pero ahora yo también le pego. En cambio, en el campo, si había fiestas, juntos estábamos, ahora cada uno por su lado (Victoria, joven guarda de la mina).

La migración de los jóvenes generalmente se da por etapas. Inicialmente llegan solos a trabajar en las minas; generalmente coincide con los períodos de descanso de la tierra en sus comunidades. Posteriormente, vuelven por un tiempo más largo y, si han logrado ingresos que cubren sus expectativas paulatinamente, parte o toda su familia se une a ellos. No obstante, es frecuente encontrar a familias divididas, es decir, el joven llega con el hijo mayor argumentando que su escolarización será mejor en la ciudad mientras que la mujer se queda en la comunidad con los hijos más pequeños. Cuando el joven migrante todavía no ha formado su propia familia, el salto a la ciudad y la integración al mundo minero es más rápido; es bastante probable, además, que en el futuro elija una pareja citadina de familia minera.

De esta manera, en la ciudad de Potosí, la mina se constituye en la principal vía para acceder al trabajo en el mundo urbano. Para los jóvenes migrantes que viven en San Cristóbal, el trabajo en la minería ha sido la principal causa por la cual han dejado sus comunidades rurales.

3. Percepciones sobre la salud y la enfermedad

Para la totalidad de los jóvenes entrevistados, la salud está relacionada con la ausencia de enfermedad; a su vez, tener buena salud está estrechamente ligado al estado de ánimo del joven, que se refleja de manera positiva en las actitudes cotidianas, por ejemplo, levantarse con alegría, hacer las cosas con ganas, no cansarse, estar tranquilo, etcétera. Así, en la mayoría de los casos, los jóvenes describen una enfermedad a partir de los síntomas físicos (generalmente "dolor de") y/o de su estado de ánimo; "no estar tranquilo", por ejemplo, para Sebastián:

> La salud es bien, es no sentirse enfermo, estar sanito es bienvenido para ayudar, para hacer cosas, para tratar bien a nuestra mujeres, eso (...) Cuando estamos sanos, sentimos tranquilo el cuerpo, ya no cansamos, ya no hinchan los pies, eso (Sebastián, joven ex minero).

En este contexto, lo contrario de tener buena salud es estar o sentirse enfermo o "delicado", lo que implica en la mayoría de los casos molestias físicas o dolores que acarrean consecuencias sociales y familiares, como verse limitados en la realización normal de las actividades domésticas y laborales. Por ello, para los jóvenes, los síntomas físicos cuentan tanto como los síntomas sociales en la identificación del "estar enfermo". Por tanto, la enfermedad no es definida en sí misma como un estado del cuerpo, sino en la relación entre este cuerpo y las actividades sociales.

Por otra parte, para los jóvenes, como para sus mayores, no sólo el cuerpo puede enfermarse o sufrir daños, sino también el ánimo o espíritu puede ser dañado o puede salir del cuerpo.

1. Percepciones de las enfermedades o padecimientos más frecuentes y graves

Los jóvenes tienen un amplio conocimiento y diverso vocabulario para denominar las enfermedades que han experimentado con mayor frecuencia, así como para explicar sus síntomas y aplicar una variedad de tratamientos. Las más frecuentes son las denominadas por el sistema de salud oficial como infecciones respiratorias agudas (IRAs), a las que los jóvenes llaman: resfrío, gripe, *c'hojo*, tos, costado, catarro. Los síntomas de estas infecciones son variados: calentura, dolor de cabeza, de garganta, de amígdalas, desgano, escalofríos, mal humor, etcétera. Hay una gran variedad de tratamientos para estas enfermedades; que reflejan la diversidad cultural de los jóvenes, la reproducción de conocimientos, la apropiación de elementos nuevos y la constante transacción y cambio de prácticas en las que se entremezclan los remedios de origen herbolario, mineral y animal con los medicamentos de patente.

Otros padecimientos que también afectan frecuentemente a los jóvenes de San Cristóbal son los dolores de estómago, de cabeza, de muelas, de espalda y problemas de vesícula. Especialmente en los varones, a causa del trabajo relacionado con la actividad minera (inhalación de gases, polvos, etcétera) los dolores de estómago son comunes, probablemente por la irregularidad de los horarios para comer, por ingerir alimentos fermentados o por el consumo de bebidas alcohólicas. El dolor de cabeza es también un padecimiento frecuente que tiene una variedad de causas, entre ellas están: el renegar, la exposición al sol, el consumo de alcohol, etcétera.

Otras enfermedades frecuentes son aquellas denominadas de filiación cultural. Entre ellas, están: el susto, la gloria y el mal viento.

> Una dinamita ha explotado bien cerca de mí, como si estuviera en mi oído ha sonado, grave me he asustado, he pensado que ya había llegado mi hora. Desde eso, no podía dormir, cansado todo el tiempo estaba (Tomás, joven minero).

> Del viento, enfermedad seguido hay, cuando gira como trompo, con eso chocamos, la cara nos pone así, a un lado, ése es el mal viento (Sebastián, joven ex minero).

2. Enfermedades o padecimientos considerados graves

Generalmente, el órgano afectado determina que los jóvenes consideren como grave a una enfermedad o padecimiento. En San Cristóbal, tanto para hombres como para mujeres, la enfermedad más grave es aquella que afecta o está relacionada con los pulmones. Es evidente que, en familias de barrios mineros, es el órgano más vulnerable. Por otra parte, la gravedad también está relacionada con ciertas enfermedades que no tienen tratamiento o cuya evolución conduce a la muerte, como el cáncer o la silicosis (mal de mina). "La enfermedad más grave es el *mal de mina,* porque no tiene cura. Yo no me he ido a controlar de eso todavía porque a veces no alcanza el dinero ni el tiempo" (Juan, joven minero). Otras enfermedades o padecimientos considerados por los jóvenes como graves son: mal de mina, tuberculosis, neumonía, pleuresía, susto, riñones, *saqra, jallpa.*

La gravedad se manifiesta también en la intensidad de los síntomas sociales de la enfermedad: cuando el joven se queda en la cama, no come, enflaquece y, sobre todo, no puede "ir al trabajo". Estos indicadores se diferencian de la visión médica que maneja parámetros de gravedad como: la morbilidad, las alteraciones irreversibles, etcétera.

> Me he enfermado grave de los *riñones*, tenía dolor en la espalda, no podía dormir, no podía caminar, desaguaba un poco… como diesel oscuro. Me dolía también la cabeza, reposando tres o cuatro días he estado (Juan Carlos, joven del barrio).

Las operaciones quirúrgicas también son muy temidas. Consideran que la persona llega a una operación cuando el problema de salud es muy grave; además, cuando el cuerpo ha sido expuesto a una cirugía "ya no es el mismo", porque la persona se queda vulnerable a contraer otras enfermedades.

En el caso de las enfermedades tratadas en el sistema tradicional, la gravedad está relacionada principalmente con la pérdida del ánimo y de la fuerza del cuerpo. En los barrios mineros, la divinidad causante de muchas enfermedades es el "Tío". Una de las más temidas por las familias mineras es el *saqra*, que consiste en la salida del ánimo y la posesión del cuerpo de la persona por el Tío, lo cual puede conducir a la locura, al consumo excesivo de bebidas alcohólicas o a la muerte.

Si no le ch'allan al Tío los viernes, que es el día dedicado a él, les causa enfermedades, generalmente son las caídas… cuando no le das al Tío su coca, su alcohol, son los accidentes mineros, el Tío casi no puede hacer enfermar fuera de la mina pero cuando uno está solo y se encuentra con el Tío se vuelve loco, a eso llaman *"saqra"* tienen que hacer un intercambio, un ritual donde creo que lo vuelven a la persona normal (Rosita, hija de palliri).

3. Enfermedades para el médico o para el curandero

Cuando los jóvenes describen una enfermedad, su tratamiento y la prevención, hacen una diferenciación entre las que puede curar el médico y las que puede curar el curandero, aunque varias de ellas requieren de la participación de ambos especialistas. Por ello, respetando su clasificación hemos distinguido dos tipos de enfermedades: las "tradicionales" o para los curanderos o naturistas[1] y las "no tradicionales" o para el médico. Utilizamos el término "tradicional" por convencionalismo. Se refiere a aquellas enfermedades que no son reconocidas con la misma nosología por la medicina académica. "Otros autores como Zolla *et al.* (1988: 31) usan el concepto de "síndrome de filiación cultural"; son "aquellos complejos mórbidos que son percibidos, clasificados y tratados conforme a claves culturales propias del grupo y en los que es evidente la apelación a procedimientos de eficacia simbólica para la recuperación del enfermo" (Campos, 1998: 76).

Las enfermedades que para los jóvenes deben ser atendidas por el médico son aquellas que tienen una repercusión directa en el cuerpo físico, y que generalmente requieren de tratamientos con medicamentos de patente (Cuadro 1).

Para la totalidad de los jóvenes, no es una sola la causa que produce una determinada enfermedad, sino varias. Dentro de las principales están: el renegar o preocuparse, el frío, la mala alimentación, las brujerías, el consumo de alcohol, el contagio, la poca seguridad industrial, los microbios y la contaminación del medio ambiente.

[1] De acuerdo con la definición de los jóvenes, el naturista es aquel que cura principalmente problemas del cuerpo físico con base en plantas medicinales, masajes, emplastos, sahumerios, vaporizaciones, etcétera.

Cuadro 1
Clasificación de las enfermedades según los jóvenes

Enfermedades "tradicionales" o para el curandero	Enfermedades no "tradicionales" o para el médico
Susto, pérdida del ánimo, *mancharisq'a* Mal viento, Gloria, Orejado, *jallpa, japeq'a, saqra* Brujerías (hechicerías) Madre (sobreparto), *chullpa, mara* Alcoholismo, cáncer, riñones Mal de mina, tuberculosis	Resfrío, gripe, catarro, tos, *ch'ojo,* costado Tuberculosis, silicosis, mal de mina, neumonía Dolores de espalda (lumbalgias), Dolores de estómago (gastrointestinales), Dolor de cabeza Fracturas, golpes, heridas abiertas (accidentes, traumas) Riñones, cáncer, alcoholismo

Fuente: Equipo de investigación.

"Renegar o preocuparse" son consideradas causas frecuentes que conducen a contraer varias enfermedades. Por ello, una manera de prevenirlas es enfrentar los problemas de forma tranquila; aunque para el joven no es siempre fácil esta tarea porque muchas veces son muy grandes los desafíos laborales y familiares. "Así como si se estaría tapando, cuando reniego, grave me duele esta parte de mi vesícula, al día siguiente mi boca amarga se pone, cuando estoy tranquila no me duele" (Victoria, joven guarda).

Los resfríos, la neumonía, la tuberculosis y el mal de mina tienen como causas el frío (no abrigarse, andar con ropa húmeda, lavar con agua muy fría), la altura y la mala alimentación, los jóvenes que han atravesado por problemas de tuberculosis también mencionaron el contagio. Es importante considerar que la silicosis o el mal de mina son a menudo confundidos con la tuberculosis.

Las lumbalgias hacen referencia especialmente a dolores de espalda causados por algún esfuerzo físico realizado y por el *frío* o cambio brusco de temperatura. Principalmente los hombres dedicados a la minería realizan esfuerzos importantes porque deben "carretear", empujar los carros llenos de mineral hasta el exterior, levantar cargas de mineral, etcétera. Asimismo, en interior mina, frecuentemente están con la espalda doblada por la variabilidad de la altura de los parajes (algunos sectores son muy bajos y estrechos). Las mujeres también sufren de dolores de espalda y los atribuyen al frío, la humedad, el lavado de ropa y los esfuerzos físicos que implica el trabajo doméstico y/o laboral.

Los jóvenes mineros afirman que la poca *seguridad industrial* en sus fuentes laborales es una causa que conlleva a contraer la enfermedad del mal de mina. Sin embargo, a pesar de que en la juventud minera existe una conciencia de las consecuencias en la salud que puede generar la poca seguridad industrial, actualmente las condiciones laborales parecen ser las mismas o peores que hace treinta años.

> Hay una mina de allá, ahí mi papá ha trabajado antimonio y estaño, no hay mucha seguridad pues, un trapo se amarraba en la boca y la nariz y perforaba; la polvadera se entraba a sus pulmones y le tapaba. Esas veces joven era, a mi edad ha debido empezar a perforar y ha llegado a sus 45 años, joven ha muerto, a sus 40 no ha trabajado más en la mina, ya se ha enfermado, tosía como tuberculosis, no se podía curar, era de sus pulmones; o sea que tosía, escupía, su saliva no era blanco, era como leche así, de sus pulmones estaba saliendo; varias veces ha ido a internarse al hospital. La última vez que lo han llevado ahí ha fallecido. Desde esa vez que he visto a mi papá, me he traumado con el hospital, no me gustaba pisar, me da miedo, es como si estuvieras pisando una cárcel y que te meterían adentro (Yomar, joven hijo de minero).

En la anterior cita, también podemos percibir una percepción frecuente de los jóvenes sobre el temor que representan los hospitales. En los barrios mineros es común escuchar versiones similares que hacen referencia a haber visto morir a sus padres en hospitales por el problema de la silicosis.

Es poco frecuente escuchar a los jóvenes mencionar a los microbios como causantes de algunas enfermedades. Por ejemplo, cuando describen la tuberculosis, saben que son ciertos microbios (bacilos) los que están generando la enfermedad; pero para ellos no es la causa principal, sino el frío, la mala alimentación y factores mencionados anteriormente.

Otros problemas de salud pública muy frecuentes en San Cristóbal están relacionados con el alcohol; sin embargo, el alcoholismo para los hombres no es considerado una enfermedad, sino una causa más de otras enfermedades o producto de algún embrujo o castigo del Tío.

> Las personas se enferman por tomar alcohol, por tomar mucha cerveza, yo tomaba antes grave, de eso más he encontrado la enfermedad, siempre estaba botado en la calle borracho, ahí resfriaba (Sebastián joven ex minero).

Son pocas las mujeres que reconocen al alcoholismo como enfermedad; pero para la mayoría es la fuente de problemas familiares y sociales muy serios, puesto que acarrean no solamente problemas de salud física, sino también conllevan a la ruptura de la integración familiar, generalmente por la violencia que trae consigo.

> De lo que estoy mal ya va a ser dos años, un día nos hemos tomado, ahí grave nos hemos peleado con mi marido, y desde esa vez de borracho me ha empezado a pegar, me ha hecho perder a mi bebé, y yo por sonsa no he hecho nada, desde esa vez también ya no puedo tener hijo. De ahí me he perdido una semana, con hemorragia he estado, mi primo más bien ha venido y él me ha bajado en el 110, a la Caja me ha llevado, sino quizás me hubiera muerto, en la Caja muertito ya lo he botado a mi hijo, pero yo no quería ir porque mis hijitos chiquitos también son y mi marido de borracho qué les puede hacer a ellos también, mi mamá grave se llora de eso (Victoria, joven guarda).

Especialmente las mujeres son las que resultan afectadas por las consecuencias que provoca el consumo de bebidas alcohólicas. Por ello, los proyectos de salud también deben encarar esta problemática y no sólo centrarse en temas relacionados con la atención médica del binomio mujer gestante y niño menor de cinco años, tal como ocurre en la actualidad con la mayoría de los proyectos estatales y de la cooperación internacional.

En nuestro contacto con las mujeres de San Cristóbal, percibimos que las consecuencias sociales y familiares que trae consigo el alcohol es un problema realmente sentido. De ahí que, si los proyectos de salud destinados a mujeres realmente consultaran y escucharan la voz de ellas, probablemente fueran otras las prioridades de salud pública y no aquellas que muchas veces responden más a las expectativas de la cooperación internacional, que financia proyectos basados en indicadores internacionales, como tasas de mortalidad materno infantil.

4. Enfermedades para el curandero

En el trabajo de campo, cuando preguntábamos: ¿De qué se enferma más seguido?, inmediatamente surgían las respuestas de enfermedades tratadas por la biomedicina. Entonces, nos dimos cuenta de que nuestra pre-

gunta estaba mal formulada. Luego de analizar varias respuestas de los jóvenes, la cambiamos por: ¿Qué enfermedades le han agarrado más seguido? Con esta nueva pregunta, las respuestas incluyeron a las enfermedades "tradicionales" y a las biomédicas. A partir de ello, pensamos que probablemente existe una diferencia, es decir, cuando la persona se enferma porque atrapa un microbio, generalmente es tratada por la biomedicina; cuando la enfermedad agarra a la persona (las divinidades agarran a la persona), debe ser tratada por los curanderos.

En este punto desarrollaremos sólo tres tipos de enfermedades (susto, *jallpa*, y hechicerías) porque en ellas se traduce la mayoría de la causas de las enfermedades más específicas a los barrios mineros y que son tratadas por el curandero.

El susto para los jóvenes ha sido producido principalmente por caídas repentinas, golpes fuertes; accidentes en el trabajo o en la casa; caminar a determinadas horas, sobre todo en la noche y por el Cerro Rico; pasar por lugares "malos" como por ciertos desmontes de minerales, escuchar ruidos cuando uno está durmiendo, ver almas, o cuando el ánimo es capturado por el Tío. Estos incidentes hacen que la persona no esté tranquila, tenga miedo y esté sobresaltada.

Por las lecturas que hicimos de trabajos realizados en el área rural del departamento de Potosí, el susto tiene como agentes causales a menudo a animales, sobre todo, lagartos, sapos, serpientes y/o a lugares de la naturaleza como las vertientes de agua. En San Cristóbal predominarían causas naturales y sobrenaturales especialmente ligadas al cerro, a la actividad minera y a las divinidades del Tío, la *Pachamama* y el Cerro mismo.

> "Las patologías mineras provocadas por el Tío, la *Pachamama* y el Cerro, pertenecen a la misma categoría nosológica que aquellas que el campesino andino atribuye a las fuerzas y a las divinidades del mundo rural, ellas sancionan una desrreglamentación entre el hombre y el cosmos, o entre los hombres, la falta de un ritual, o un comportamiento socialmente inconveniente (adulterio, aborto...) El restablecimiento del enfermo implica reponer el orden del cosmos, la curación necesita de la intervención de un especialista ritual" (Absi, 2003: 230).

> Don Ramiro es un minero que en su paraje había roto al Tío (la imagen que está en interior mina) y de dos días se ha enfermado diciendo que le dolía todo su

cuerpo, estaba bien fuerte el dolor, dice. Se había asustado, su ánimo se había salido porque el Tío se ha enojado (Yomar, joven minero).

En los tratamientos para el susto, se debe tomar en cuenta determinadas horas y cuidados posteriores para garantizar la eficacia.

En la noche, se llama el ánimo porque no existe mucha bulla y no hay muchas personas porque el ánimo puede asustarse y escaparse de nuevo. Se llama castigando con un chicote la ropa de la persona asustada, con las palabras "Vente, vente vente… Juanito" mientras se va castigando, se hace sonar una campanita, la que escucha el ánimo y regresa; después se envuelve o se duerme con la prenda que se ha utilizado para llamar el ánimo. Al día siguiente, la persona no debe salir de su cuarto porque existe el riesgo de que el ánimo pueda volver a salir, hay que cuidarla mucho este día para que no vuelva a asustarse (Encarnación, joven vendedora de coca).

En el libro de Pascale Absi (2003) encontramos testimonios de mineros donde el susto o salida del ánimo o espíritu implica un encuentro entre el minero y el Tío y se constituye en el rito de paso a través del cual el hombre se vuelve más fuerte, más *saqra* y está preparado para trabajar en el subsuelo. Para los mineros, el ánimo o el espíritu es también concebido como la fuerza, la voluntad, el coraje o valor, y la energía para el trabajo. Al respecto, un estudio realizado por Gerardo Fernández (2004) en regiones aymaras analiza con profundidad el susto y las denominaciones tales como *ajayu*, *ánimu*, *kuraji*, y espíritu. En el presente trabajo, no se han profundizado estos conceptos.

Por otra parte, en los testimonios encontramos con frecuencia el término alma como sinónimo de ánimo o espíritu y puede separarse o salirse del cuerpo por un susto.

La introducción de la noción de alma cristiana, en efecto, ha cambiado las representaciones prehispánicas de la persona, pero sin llegar a ser una teoría unitaria. Hoy en día, las representaciones de los mineros conjugan a veces de manera contradictoria con elementos que surgen de dos tradiciones católica y andina… (Absi, 2003: 231).

La *jallpa* o agarrado de la tierra o virginado es otra enfermedad causada por la divinidad virgen *Pachamama*, y llega a las personas que han camina-

do por lugares que son malos (*saqras*) o pesados. Los síntomas son en general: pies y manos hinchados y a veces con heridas; cambio de carácter: la persona se vuelve "renegona", floja o actúa de manera violenta con los demás.

Las *brujerías* o *hechicerías* tienen como causa principal los conflictos interpersonales, específicamente la "envidia"; es decir, las personas concernidas en el conflicto tratan de "arreglar cuentas" a través de la realización de actos que implican daños mágicos. Para hablar de brujerías, es necesario tener mucha confianza con la persona y resulta difícil abordar este tema porque es una señal de que el joven tiene problemas interpersonales. Sin embargo, en San Cristóbal son prácticas cotidianas que apuntan, por una parte, a acciones para dañar a otras personas en su salud, económicamente u otros aspectos, y, por otra parte, para dar alivio, curación, "suerte", protección, alejar maldiciones para a uno mismo u otra persona. Otra característica de la zona es el frecuente comentario, especialmente en las mujeres, sobre la idea de estar hechizadas.

> A mí me tienen envidia porque vendo bien la coca, pero no vendo a los gringos que suben a la mina porque hay otra mujer que se los lleva a su puesto, ella de envidia me ha querido embrujar, en las mañanitas encontraba como engrudo en mi caseta, azufre y otras cosas más, por eso ahora antes de abrir mi caseta riego con agua de retama para ahuyentar las maldiciones de las otras mujeres (Encarnación, joven vendedora de coca).

5. Religión y enfermedad

En la población de San Cristóbal, la religión ocupa un lugar relevante en el mantenimiento de la salud y en la curación de las enfermedades. Por ello, las iglesias también forman parte de los itinerarios terapéuticos de los jóvenes: identificamos tres circuitos: el rezo como parte de la autoatención, las visitas a los santuarios como parte de la práctica de los curanderos y las misas de salud como prácticas relacionadas con la Iglesia.

> No voy a misa, porque no tengo a quién dejar la mina, si dejamos un rato, el ladrón se entra… Pero creo en Dios… le he pedido que me ayude, he orado, he rezado y poco a poco me ha hecho recuperar, ahora he mejorado de mi enfermedad. Quiero entrarme a Dios para siempre (sereno de la mina).

En los barrios mineros de la ciudad de Potosí, observamos que prevalece la religión católica. Las sectas u otras religiones no han logrado penetrar con fuerza en la población de estos barrios, probablemente por las costumbres ligadas a la actividad minera.

> Soy católica; pero también Dios es uno solo, seas católico o evangélico, es lo mismo lo que importa es dar alabanza (…) yo a cualquier iglesia voy a escuchar la palabra de Dios en distintas formas, por ejemplo así me han dicho "por qué tu marido va a seguir así enfermo, entrá hermana, Dios es grande", por eso le he ido a pedir a la hermana Fátima que venga donde yo estoy y que me lo ore, "ayúdame, le decía", yo también oraba, mis hijitas se dormían y yo le decía: "Ay, Diosito, yo quiero que se sane mi marido". Dios me ha ayudado a conseguir ayuda en el Bracamonte, me han rebajado las recetas y ahora ya se está recuperando (Rosenda, joven guarda).

En San Cristóbal, las instituciones de la iglesia católica cumplen un rol importante, principalmente de apoyo económico o de gestión para contribuir en los gastos de tratamientos de salud de jóvenes con dificultades económicas de la zona. Probablemente esas acciones también contribuyen a mantener a la población fiel a la religión católica.

> Para la amputación y la hospitalización, el padre Miguel de Pailaviri me ha apoyado económicamente, porque yo siempre he estado metida con las comunidades cristianas de base, si no fuera él, tal vez hubiera ido a un hospital común y quién sabe… (Rosita, joven hija de palliri).

La religión católica también cumple el rol de control social y son varios los testimonios que argumentan que varias enfermedades son producidas por "castigo del Señor", por haber realizado actos "malos".

> Si digamos un pequeño algo ha hecho mal, si ha robado algo, de por sí se enferma, la enfermedad llega a su cuerpo eso es como castigo, entonces tiene que pedirse disculpas al Señor (Sebastián, joven ex minero).

Por otra parte, aunque pocos son los casos, en la zona observamos que hay iglesias evangelistas; pero no son muy aceptadas en la mayoría de la población porque se oponen a las costumbres practicadas en ambientes

mineros, especialmente a las relacionadas con las divinidades como el Tío y la *Pachamama*, que se constituyen en el trasfondo de las prácticas rituales de los curanderos. La adhesión a las iglesias evangelistas va acompañada de un alejamiento de los circuitos de la medicina tradicional.

Sin embargo, algunos testimonios de jóvenes que han atravesado por enfermedades que consideran graves o de larga duración nos dan cuenta que cambiaron su religión católica por razones de salud y/o familiares.

> Mi hermanita se escapó de la casa, de ahí me he enfermado, me dolía mi cabeza, no comía, todo el tiempo lloraba y me enojaba de todo, además yo estaba mal de mi matriz, entonces mi marido me dijo de ir a la Iglesia a encontrar ayuda, justo en ese momento llegaron los pastores del "poder de Dios", y en un culto después de hablar de la Biblia, preguntaron quiénes estaban enfermos, me acerqué, me tocaron la cabeza y me desmayé, sentí que entró calor en mi cuerpo y he vuelto a la casa más tranquila. Después he buscado una iglesia que no sea católica, he asistido durante tres meses y otras hermanas me han ayudado a orar. Luego mi hermanita ha aparecido, desde esa vez también lo de mi matriz ya no me duele, ya son cinco años que ya no soy católica (Esperanza, joven del barrio).

Para concluir con este capítulo, mencionamos la siguiente cita extraída de un artículo que corresponde a otro contexto social y económico (Brasil); pero que resulta ilustrativa para reflejar en parte la relación que tienen los jóvenes de San Cristóbal con la religión católica y otras religiones o sectas importadas de Occidente, puesto que la enfermedad en ciertas ocasiones es una causa de acercamiento a Dios.

> En conclusión, señor, yo digo, todas las religiones son buenas, pero hay un momento para cada una. Para quien no tiene problemas en la vida, la mejor es la católica, te acercas a los santos, vas a la iglesia cuando quieres, y nadie te molesta. Para una persona que atraviesa por dificultades financieras, la mejor religión es la de los pentecostales, porque te ayudan como hermanos; el único problema es el que no debes beber, fumar, bailar o cualquier otra cosa por el estilo. Ahora bien, para quien sufre de dolores de cabeza la mejor religión es la de los espiritistas; es muy demandante, no puedes perder ninguna sesión, pero realmente te cura. Si Dios me lo permite, cuando esté totalmente curada, regresaré al catolicismo (traducido el portugués por Ribeiro de Oliveira, 1977; Rostas y Droogers, 1995: 81).

4. Sistema de salud "tradicional" en San Cristóbal

Cuantificar con precisión el número de terapeutas tradicionales que están presentes en San Cristóbal no es posible debido principalmente a su constante movilidad y a la discreción de su trabajo. Sin embargo, es frecuente escuchar a la gente del barrio decir: "los curanderos están en todas partes", "muchos mineros, como vienen del campo, son curanderos", igualmente y a partir de las versiones de los jóvenes y madres de familia, es evidente que en los barrios mineros hay una demanda importante de los servicios de los terapeutas tradicionales.

La diversidad de la demanda de los servicios de los curanderos en el barrio de San Cristóbal refleja de manera significativa la dinámica migracional de la zona. Asimismo, la oferta de los servicios que prestan los curanderos es muy variada. La mayoría de los curanderos que están establecidos en San Cristóbal tienen especialidades terapéuticas de origen netamente rural y los curanderos que la ejercen en la mayoría de los casos proceden también de comunidades campesinas del departamento de Potosí, mientras que otras especialidades como las de los naturistas parecen corresponder a una reformulación urbana de conocimientos rurales que, en el campo, no corresponden a una especialización en términos de oficio.

En muchos casos, los que se identifican como naturistas provienen de otros departamentos, especialmente de La Paz, de la zona de Curva y Charazani, que es muy conocida por ser una región donde su población tiene un amplio conocimiento del manejo de hierbas medicinales y por contar con médicos tradicionales itinerantes.

1. Especialidades de los terapeutas tradicionales

Los jóvenes recurren a los terapeutas tradicionales por diversas causas. En San Cristóbal, es posible encontrar una variedad de servicios, ya que la práctica y especialidad de los terapeutas no posee límites precisos. No obstante, hemos identificado dos grupos con diferencias claras: un grupo conformado por curanderos y parteras; para acceder a sus servicios, es necesario tener referencias de otras personas que ya los conocen. Otro grupo es de aquellas que, si bien no son terapeutas, cumplen un rol importante en la medicina tradicional. Generalmente, estos terapeutas tradicionales se encuentran en las calles ofertando algunas medicinas que no son alopáticas, además de dar consejos sobre tratamientos y uso de remedios naturales, lo cual permite al joven acceder directamente a sus servicios.

Es también importante mencionar que al interior de cada grupo existen diversas especialidades. A partir de las entrevistas con los jóvenes y con algunos terapeutas tradicionales, exponemos algunos elementos que los caracterizan.

Q'apachaqueras: Vendedoras de plantas medicinales secas, elementos minerales y animales para la realización de rituales para las divinidades y para curaciones, igualmente dan consejos para mejorar la salud o solucionar otros problemas.

Hierbateras: Vendedoras ambulantes de mates calientes a base de hierbas medicinales frescas con miel y limón, dan consejos sobre las hierbas más adecuadas para curar y/o prevenir ciertas enfermedades.

Vendedoras de leche de burra: Mujeres que se ubican en lugares estratégicos durante temporadas cortas y extraen la leche de la mamá burra que debe ser tomada directamente por el comprador. Generalmente esta leche es consumida para curar o prevenir enfermedades relacionadas a los pulmones.

P'aqpaqus o charlatanes: Vendedores de pomadas (generalmente basadas en grasa de víbora y de lagarto), hierbas secas embolsadas y con etiqueta; también venden mentisan chino y productos afrodisíacos.

Parteras/os: Son hombres y mujeres que atienden partos en el domicilio de la parturienta, conocen diversas técnicas y hacen uso de hierbas apropiadas para lograr un parto normal. Igualmente, tienen conocimientos de atención al recién nacido.

Curanderos: Su ámbito curativo es muy amplio: abarca desde la atención de dolencias y malestares simples (generalmente con base en plantas medicinales), hasta curaciones que requieren de la intervención de diversos rituales sencillos y complicados. Dentro del grupo de curanderos y/o jampiris existe una diversidad de especialidades, que son conocidas principalmente por las personas mayores (*aysiris*[1], *laiqas*[2], *paq'os*[3], etcétera). Sin embargo, en San Cristóbal, en el vocabulario que manejan los jóvenes, las diferentes denominaciones se pierden bajo el denominativo común de "curanderos" y, en algunas ocasiones, de "naturistas" que son los que curan con hierbas sin establecer relación con el mundo de las divinidades.

2. Servicios que prestan los terapeutas tradicionales

Q´apachaqueras. Desde nuestra perspectiva, las *q'apachaqueras* son profesionales que cumplen roles similares al que se brinda en las farmacias que expenden medicamentos de patente. En San Cristóbal, sólo hay de manera permanente una *q'apachaquera*; sin embargo, en festividades importantes como las de compadres, Carnaval y Espíritu, el número es variable: entre ocho a veinte mujeres que ofertan sólo *q'oas* en el mercado del Calvario.

De acuerdo con las versiones de los jóvenes y de las *q'apachaqueras*, son las madres de familia, los curanderos y los mineros quienes adquieren más sus productos, los jóvenes lo hacen de manera ocasional y, en la mayoría de los casos, son mujeres con problemas relacionados con la niñez y con embarazos. Los servicios que prestan son los siguientes:

Venden productos vegetales (hierbas secas, semillas de plantas, etcétera) productos animales (estrella de mar, conchas, fetos de llama, etcétera) y minerales (*millu*, etcétera).

A partir de la consulta del cliente, diagnostican y orientan sobre el posible tratamiento con base en los productos que tienen a la venta o aconsejan la visita a un especialista (sea curandero o médico).

[1] Generalmente los *aysiris* tienen facultades para comunicarse con las divinidades como los cerros, las cumbreras, la *Pachamama*, etcétera.
[2] Los *laiq'as* tienen conocimientos y uso de la magia negra.
[3] Los *paq'os* generalmente no utilizan la magia negra y hacen uso de una variedad de plantas medicinales acompañadas de rituales para curar una diversidad de enfermedades.

En San Cristóbal, en la mayoría de los casos, el pago por la compra de los productos que ofertan las *q'apachaqueras* se efectúa en dinero. Sin embargo, todavía existen pagos en especie. Al respecto, doña Andrea menciona:

> Muchas veces me pagan en productos como azúcar, aunque algunas mamás me dicen que siempre se debe pagar en dinero porque si no, no se va a curar la wawa o la persona enferma, tampoco debemos decir gracias por las medicinas, porque es malo (Andrea, joven *q'apachaquera*).

A través de esta cita y de otros discursos similares que manifestaron los jóvenes, comprendemos que los servicios de salud, incluidos sus tratamientos, cuando son gratuitos pueden perder su eficacia. Probablemente en contextos urbanos, el dinero como "pago" tiene mayor eficacia simbólica que el "pago" en productos. Lo mismo se observa en el pago por las consultas a los curanderos.

Por otra parte, el oficio de *q'apachaqueras* se caracteriza porque es ejercido únicamente por mujeres. Prácticamente la totalidad de estas mujeres que se dedican a esta actividad y que están asentadas en varios mercados y calles proceden de la comunidad de Kawayu. Al parecer, existe una cierta relación entre especialización de la profesión y espacio geográfico de origen.

> Todas las que vendemos, las *q'apachaqueras*, venimos de Kawayu[4], pero de mis paisanas, grandes son su puestos, tienen hasta casetas, están en el mercado Vicuñas, Chuquimia, Uyuni, por todas partes. No vas a encontrar *q'apachaqueras* de otro lugar en Potosí, todas somos de mi pueblo (Andrea).

Hierbateras. En San Cristóbal, encontramos una mujer que cotidianamente vende mates calientes a base de hierbas medicinales frescas. Sus principales clientes son los mineros jóvenes y mayores que en las mañanas, bien temprano, antes de entrar a la mina suelen consumir un vaso caliente de mate como una manera de prevenir malestares, para aliviar dolencias o simplemente para consumir algo caliente. El letrero que ca-

[4] Comunidad que pertenece al municipio de Urmiri en el departamento de Potosí.

racteriza al carrito dice: "Mate de hierbas medicinales para hígado, riñones, vesícula, próstata". Los servicios que presta son los siguientes: vender bebidas calientes sobre la base de plantas medicinales con miel y limón; y escuchar a los clientes y orientar sobre las hierbas adecuadas para prevenir dolencias o aliviar malestares.

Entre las hierbateras que recorren las calles de la ciudad, la mayoría tienen una organización que está afiliada a la Sociedad Boliviana de Medicina Tradicional (SOBOMETRA). Varias de ellas eligieron dedicarse a esta actividad por ser una alternativa laboral y por "tener fe" en la eficacia de las plantas medicinales. También piensan que es importante "capacitarse" constantemente. Doña Margarita, una hierbatera, conoce y aconseja qué mates son buenos porque considera que está "preparada":

> Cada semana voy a cursos con naturistas. Los de SOBOMETRA organizan. Ahí también nos capacitamos... los mates que se vende más son principalmente para no enfermar o para curar lo de vesícula, riñones y pulmones, también para limpiar el cuerpo de las impurezas... pero la mayoría de los mineros saben bien lo que es bueno, pero algunos jóvenes no saben mucho y me preguntan qué sería bueno para estito y yo les explico.

Vendedoras de leche de burra. Las vendedoras de leche de burra generalmente llegan del área rural y su presencia no es permanente en la zona de San Cristóbal. Ofrecen a sus clientes un vaso pequeño de leche recién extraída de la burra como terapia para enfermedades relacionadas con los pulmones. Su presencia está estrechamente relacionada con el carácter minero del barrio, puesto que las enfermedades que afectan a los pulmones son también clasificadas por los jóvenes dentro de las más frecuentes y graves. Los servicios que prestan son los siguientes: ofrecer tratamientos basados en leche de burra para solucionar problemas pulmonares; y escuchar a los clientes sobre sus dolencias.

Durante el tiempo que realizamos el trabajo de campo, estuvieron presentes dos mujeres que vendían leche de burra. Sólo tuvimos entrevistas con doña Santusa. Ella proviene de una comunidad de Oruro y vende en ciertos periodos especialmente en barrios mineros.

Doña Santusa comenta que jóvenes y mayores por igual llegan a comprar leche porque es bueno, sobre todo, para los pulmones. También menciona que su leche es llevada hasta la Argentina en pequeños bidones.

"Algunos mineros que se han ido a la Argentina están enfermos y para curarse biensito se hacen mandar con sus familias esta leche. Bien les sienta, dice". Por otra parte, reconoce que no sabe exactamente por qué es buena la leche de burra:

> Los jóvenes vienen "para que no me resfríe" diciendo o para que sea fuerte, pero no sé muy bien qué tendrá para que sea tan bueno, vendo nomás, toda la gente dice es bueno para los pulmones, otros también dicen es bueno para la silicosis, qué será eso, no conozco esa enfermedad (Santusa, vendedora de leche de burra).

Paqpacus o *"charlatanes"*. En San Cristóbal, los *paqpacus* tienden a desaparecer. Los jóvenes cuentan que cuando eran niños había muchos que estaban en competencia; pero actualmente la presencia de los *paqpacus* es ocasional, aparecen en fiestas especiales como el Carnaval y Espíritu. Los jóvenes los recuerdan con admiración por la capacidad de hablar y convencer a la gente sobre la eficacia de los productos que vendían. El servicio que prestan es el de vender diversidad de productos, la mayoría basados en grasa de animales y hierbas medicinales; ellos combinan medicamentos caseros y de patente como el mentisan chino y productos afrodisíacos importados de otros países.

Los *paqpacus* son rechazados por los médicos tradicionales organizados y afiliados a SOBOMETRA, argumentando que son personas que dañan la imagen de los naturistas, ya que muchas veces la población los confunde con los naturistas, y, en realidad, "ellos son sólo negociantes", sostienen dirigentes de esta institución.

Parteras/os. Las parteras de la zona consideran que, desde la implementación del Seguro Básico de Salud y posteriormente el SUMI, las jóvenes asisten cada vez más a los centros de salud para dar a luz. Sin embargo, de acuerdo con las versiones del personal de salud, los partos domiciliarios en San Cristóbal son mayoritarios, debido al origen rural de la población y a la desconfianza en el sistema biomédico. Por ello, existe una demanda importante de los servicios de las parteras, quienes en muchas ocasiones provienen de las mismas comunidades rurales que las parturientas. Los servicios que prestan las parteras son los siguientes: realizan controles prenatales, identifican riesgos posibles del embarazo y del parto; atienden partos en el domicilio de las embarazadas; realizan un seguimiento a las mujeres que atendieron; dan consejos prácticos para

Acudir al curandero es, para los jóvenes potosinos, parte importante de su trayecto hacia la búsqueda de salud.

Además de los medicamentos de patente, la población recurre a diferentes productos que se ofertan en espacios públicos.

que la mujer tenga leche suficiente para alimentar a su bebé; aconsejan a la madre cuidados para el recién nacido, aconsejan dietas alimenticias para que la mujer recupere la fuerza y energía invertida durante el parto y aconsejan cuidados a la mujer para evitar los sobrepartos.

Curanderos. En San Cristóbal, las palabras "curar" y "curado" tienen diferentes significados. Implica la resolución de diversos problemas físicos (como fracturas, diarreas, etcétera) y la intervención de divinidades para tener más éxito en el trabajo, en el estudio, "poner suerte" o hacer daño a otras personas. En este último caso, la palabra 'curar' también adquiere el significado de embrujar o hechizar. De esta manera, la palabra 'curar' puede ser utilizada para sanar o resolver problemas, o, contrariamente, para hacer enfermar o causar daños a los demás.

3. ¿Cómo llegan los jóvenes a los curanderos?

Los jóvenes en su primer contacto con los curanderos han estado acompañados de algún familiar, especialmente de sus madres o hermanas mayores. Para un joven nuevo en el barrio, acceder a los servicios de los curanderos por primera vez no es tarea fácil; se requiere de un tiempo para conocer y ganar la confianza de los vecinos para poder conseguir referencias y así poder realizar las consultas. También es importante subrayar que para los jóvenes la decisión de recurrir al curandero es muchas veces motivada por su familia; en cambio, el joven recurre de manera más espontánea y autónoma a la farmacia. Por ello, recurrir al curandero parece estar estrechamente ligado a la idea de reproducir costumbres de los padres, especialmente transmitidas por las madres, lo cual marca una diferencia con la actitud de acudir a la farmacia.

> Las mamás casi siempre les llevan a los curanderos; pero también sus amigas les indican o averiguan. También hay amigas malas que les aconsejan para que hagan daño o cosas malas (María, joven del barrio).

En San Cristóbal, a diferencia de la zona central de la ciudad y de los principales mercados, los curanderos no ofertan abiertamente sus servicios, por ello, es frecuente que los nuevos habitantes de San Cristóbal que aún no han creado lazos de confianza para obtener referencias con los vecinos, en

casos de necesidad recurren a los más accesibles, que se encuentran en los mercados de la ciudad. Sin embargo, una parte importante de la población todavía mantiene lazos con los terapeutas de sus comunidades de origen.

4. Principales motivos de consulta de los jóvenes a los curanderos

Las consultas de los jóvenes cubren prácticamente la totalidad de sus vivencias y, a partir de la gran variedad de demandas, observamos que existe una oferta abierta de los curanderos a las cambiantes necesidades de la población de barrios mineros. El Cuadro 2 muestra los motivos por los cuales los jóvenes entrevistados acudieron a los curanderos.

De acuerdo con la anterior información, observamos que las demandas de consulta de los jóvenes hacen referencia a una medicina holística, que aborda no sólo el cuerpo físico, sino también el cuerpo social y simbólico, puesto que los terapeutas tradicionales tratan desórdenes en la relación hombre-cosmos que la medicina convencional no reconoce; toma en cuenta no sólo el cuerpo sino la totalidad de la persona, lo que incluye suerte, destino, etcétera. En estos aspectos no interviene el sistema de salud convencional. Finalmente, los curanderos practican tratamientos complementarios a los biomédicos, como es el caso de cerrar el cementerio (evitar que se muera) para dar tiempo a la familia del enfermo para utilizar tratamientos biomédicos para su recuperación.

5. Curanderos y género

La mayor parte de las consultas con curanderos son realizadas por mujeres, y en la juventud femenina las más frecuentes están relacionadas con "amores": encontrar o retener a su compañero. En los testimonios de las jóvenes, encontramos argumentos sobre la presencia de una tercera persona como culpable para los problemas con el novio, marido o amante. Sin embargo, al consultar al curandero no buscan el "amor", sino, sobre todo bienestar económico y al "hombre" como imagen masculina que da una identidad familiar. En los barrios mineros, es común encontrar familias donde no hay la presencia del "hombre", porque muchos mineros

Cuadro 2
Motivos de consulta a los curanderos

Amores y problemas familiares	Negocios, dinero, trabajo, estudio y suerte
Solucionar problemas conyugales (infidelidad, retener o ligar a la pareja). Conseguir novio o marido. Cambiar el carácter agresivo de los maridos. Amarrar el ánimo para que los hijos no se vayan de la casa. Dar información sobre hijos que han abandonado su hogar (sus padres consultan para saber los motivos y referencias para encontrarlos). Realizar rituales cuando una familia empieza a vivir en una nueva casa.	Poner suerte para los negocios y tener buenas ventas. Poner suerte a las personas para encontrar o mantener su trabajo. Poner suerte para que vaya bien en el estudio. Realizar rituales en las minas para encontrar buenas venas de mineral. Encontrar objetos perdidos o dar referencias de la persona que ha robado. Dar consejos para adquirir bienes como casas o crear nuevos negocios. Curar la mala suerte de la persona que le va mal en todo (ahuyentar la mala suerte).
Salud	**Hacer daño**
Curar enfermedades, principalmente: susto, *jallpa*, *jap'isqa*, *saqra*, mal viento, Gloria, *chullpa*, mal de mina, madre, etcétera. Obtener tratamientos para evitar operaciones quirúrgicas. Dar tratamientos a base de hierbas para provocar abortos. Solucionar problemas de impotencia sexual de los hombres. "Cerrar" los cementerios para que el niño no se muera (se acude en caso de enfermedad grave del niño, permite que la familia tenga tiempo para hacer las curaciones que restablezcan su salud). Realizar rituales para prevenir accidentes o enfermedades individuales y colectivas (de un grupo de mineros que trabajan en el mismo paraje).	Curar para que el mineral desaparezca en las minas (por envidias o venganzas). Curar a la persona para que se enferme, se muera, quiebre en su negocio o pierda a su pareja.

mueren tempranamente en accidentes y por diversas enfermedades, dejando a sus esposas jóvenes con hijos y muchas obligaciones económicas que son difíciles de asumir. Esta realidad alimenta un temor muy grande de quedarse sin compañero: "Cuando vamos a los matrimonios grave es, pura mujeres, debe haber cinco para un minero, es que muchas viudas hay" (Tomás, joven minero).

La versión de Tomás se aproxima bastante a la realidad: En San Cristóbal, hay muchas mujeres solas y las que tienen pareja se sienten constantemente amenazadas por las que no tienen. Frente a esta situación, consideran que sus problemas amorosos son causados por la agresión de otra mujer que ha utilizado el poder mágico de los intermediarios, en este caso, los curanderos. De allí que afirman que el marido o el novio se ha ido porque ha sido embrujado por otra mujer. De esta manera, se sitúa a la brujería como la causante de las rupturas afectivas entre hombre y mujer.

Así, las consultas de las jóvenes están principalmente ligadas a la obtención o conservación de su status de mujer en pareja, lo cual significa status para la identidad social de la mujer. Además de ello, para las mujeres la importancia de la conservación de la pareja está relacionada con la posibilidad de acceder a los ingresos masculinos supuestamente más altos que lo que las mujeres pueden ganar y, sobre todo, con no quedarse como madres solteras.

> Lo que sé y he visto que los jóvenes no van por enfermedad, sino más bien por problemas del amor, especialmente las mujeres. De ellas se escucha más que van para embrujarles a sus parejas porque tal vez han sufrido engaños, abandono o no quieren estar con ellas. También se ve mucho que por venganza hacen embrujar, por ejemplo, cuando el marido le dejó por otra mujer, esto no pueden soportar y le hacen inventando cuentos, persiguiéndoles, y, por último, llegando a las brujerías. Además creo que las que hacen daño son las que se creen víctimas, en cambio la persona realmente afectada no recurre a estos medios (Elena, joven del barrio).

De la misma manera que las consultas de las mujeres están ligadas a problemáticas de género, entre los hombres, las consultas con curanderos están relacionadas a su "identidad masculina", específicamente a problemas de pérdida de potencia sexual. Ellos consideran que la causa de este problema es la agresión mágica de la mujer, que quiere retenerlo a su lado. Estos aspectos tienen una importante influencia en las concepciones de las causas de la enfermedades de transmisión sexual (ITS): muchas veces los jóvenes argumentan que el SIDA o las ITSs son causadas por embrujos. Por otra parte, en el imaginario de los jóvenes que viven en los barrios mineros, está la imagen del Tío con su pene sobredimensionado como representación de la fertilidad masculina. Probablemente esta ima-

gen también influye en su gran preocupación relacionada con su virilidad y su identidad masculina.

> Yo pienso que mayormente las hechicerías hacen los jóvenes para atrapar a su chico o a su chica (…). Por ejemplo, he escuchado de una señora que no quiere que su hijo esté con su chica, y ella dice que le ha embrujado a su hijo porque él tontito está, dice que así les vuelve, les quita la forma de ser o les transfiere una enfermedad de transmisión sexual, esas cosas pueden pasar, entonces, ese tipo de enfermedades sólo el curandero puede curar (Sonia, joven del barrio).

6. Curandero y bienestar económico

El segundo motivo de consulta de jóvenes hombres y mujeres está relacionado con el aspecto económico, el dinero, el trabajo y la suerte para los negocios. Esto probablemente se deba al hecho de que en San Cristóbal confluyen migrantes de diferentes regiones que se han establecido en la zona, principalmente por razones laborales y por el sueño de prosperar económicamente. Como se ven confrontados con una serie de dificultades para cumplir con esta tarea, acuden al curandero como un recurso que coadyuve al cumplimiento de dicha misión. En este proceso, los aspectos económicos también se constituyen en causantes de "envidias" y futuros "daños" a otras personas.

> Entre mismos compañeros tienen envidia de algo; digamos vos estas ganando, el otro no, te tienen envidia. Y para eso te hacen como una hechicería así te hacen… para que desaparezca tu mineral y para eso hay que llamar curandero, uno sólo no, siempre hay curandero. El curandero puede ver quién ha sido el que te ha embrujado, ven en coca, en naipes (Roberto, joven del barrio).

> En el Calvario, todos lo puestos son curados, porque hay mucha envidia entre las vendedoras, entonces el curandero pone la suerte para que vaya bien el negocio y para que no les hagan daño las otras vendedoras (Encarnación, joven comerciante).

El tercer motivo de consulta está vinculado con la salud. Sin embargo, en cuanto a la resolución de problemas más de tipo físico, la medicina

tradicional empieza a perder espacios que son ganados por la autoatención y la medicina biomédica. Esto no significa que los terapeutas de la medicina tradicional pierden vigencia, sino que sus roles, por las exigencias y características del mundo urbano, también se adaptan. "Para Irwin Press el curandero citadino cumple un papel sociocultural decisivo al convertirse en la fuerza amortiguadora y minimizadora de lo que ha llamado el "trauma de aculturación" refiriéndose a la inestabilidad psicosocial del migrante recién establecido en la ciudad" (Campos, 1996: 280). De ahí que muchas veces el joven, cuando identifica que tiene una enfermedad "tradicional", prefiere recurrir a los curanderos de su comunidad de origen; en cambio, acude a los servicios de los curanderos de San Cristóbal por motivos que están más vinculados con negocios y amores. Estas nuevas especialidades, muy ligadas con el mundo urbano, demuestran cómo los curanderos que ofician en este contexto se especializan y diversifican para hacer frente a la heterogeneidad de la población migrante que atienden.

Finalmente, otra causa de consulta de los jóvenes está relacionada con "hacer daño". Al respecto, en la publicación "Nosotros los curanderos", Roberto Campos encuentra que en las ciudades hay mayor frecuencia de actos de hechicería o de "hacer daño" que en espacios rurales. Este fenómeno respondería a la inseguridad de la persona en el medio social inestable de la ciudad y también a la insatisfacción de las relaciones interpersonales. En San Cristóbal posiblemente se deba a la competitividad del medio laboral minero, a la muerte temprana de los hombres y al alto consumo del alcohol, que también genera violencia. Encontramos, así, a un medio altamente competitivo y con relaciones interpersonales insatisfechas.

7. Percepción de los jóvenes sobre los curanderos

Las percepciones de los jóvenes que han acudido a los curanderos, en la mayoría de los casos apuntan hacia un alto grado de satisfacción por los servicios prestados porque consideran que la atención es buena, ya que les dan confianza para hablar de sus problemas y existe confidencialidad porque saben que ellos no comentarán con los vecinos. Igualmente sostienen que cuando ven en coca "casi siempre dicen la verdad, aunque a veces se equivocan", también consideran bueno ir al curandero porque

"cuando uno empieza un nuevo trabajo o negocio, es necesario hacerse curar para que vaya bien".

Para los jóvenes, lo mejores curanderos son los del "campo" porque consideran que tienen más experiencia, engañan menos y tienen más poder para intermediar con las divinidades. "Los curanderos más que todo son del campo, hay más confianza en los del campo porque saben más, pueden hablar con la virgen, con las cumbreras..." (Roberto, joven del barrio).

Sin embargo, también hay testimonios de jóvenes que han tenido decepciones del trabajo realizado por los curanderos. En la mayoría de los casos, la opinión negativa se debe a los cobros considerados "caros" y a los resultados, que no han sido satisfactorios:

> "No me ha hecho nada, me pedía 400 Bs y te voy a curar me decía, no me ha curado, no le he pagado… ahora ya no creo, esos curanderos por ganar plata, para eso nomás" (Sebastián, joven ex minero).

Los jóvenes perciben un proceso de mercantilización de los servicios del curandero. En espacios urbanos, se crea una relación monetaria que genera limitaciones para demandar sus servicios, porque muchas veces los jóvenes no poseen los montos solicitados. Los jóvenes también cuestionan "la conciencia del curandero", es decir, que algunos se ocupan del joven hasta que recupere su salud; en cambio, otros fijan una misma tarifa por sus servicios sin tomar en cuenta la eficacia del tratamiento en el paciente.

En San Cristóbal, el costo de la consulta en hoja de coca es de cinco bolivianos; los tratamientos, de acuerdo con el problema, varían entre 60 a 500 bolivianos.

En general, percibimos en los jóvenes que la demanda de los servicios del curandero para curar enfermedades que afectan al cuerpo físico está disminuyendo. Es en este campo que la biomedicina ocupa mayores espacios. Sin embargo, varios de los testimonios de real satisfacción se presentan cuando se complementan los servicios biomédicos y los del curandero porque muchas de las enfermedades o problemas (sobre todo, en caso de accidentes y problemas relacionados con los pulmones) requieren de la participación de ambos. No obstante, el aspecto económico también juega un rol determinante para acudir o no a ambos sistemas de salud.

5. Relación con el sistema de salud biomédico

En el capítulo anterior, hemos descrito los diferentes servicios que prestan los terapeutas tradicionales y los principales motivos por los cuales los jóvenes realizan consultas en el sistema tradicional. En el presente capítulo, se hará un análisis similar; pero en relación con los servicios y las enfermedades de los jóvenes de San Cristóbal tratadas en el sistema biomédico. También presentamos las percepciones del personal de salud sobre la juventud de la zona y las opiniones que tienen los jóvenes sobre las experiencias que tuvieron con el sistema biomédico.

1. Servicios de salud biomédicos

La historia de la implementación de los servicios de salud estatales en el distrito se remonta a 1984, con el puesto de salud de San Cristóbal que funcionaba en un inmueble alquilado y sólo con un médico, quien se encargaba de llevar adelante todas las actividades. Actualmente cuenta con un inmueble propio construido en 1991 compuesto de dos bloques: uno para las atenciones en salud y otro destinado a un centro infantil para niños menores de cinco años.

El segundo centro de salud, también dependiente del municipio, es el de Pailaviri. Funciona desde 1999 con infraestructura nueva provista por la Cruz Roja. El tercer centro de salud es el Policonsultorio San Cristóbal, dependiente de la Prefectura. Es el más antiguo de la zona. Los tres centros dan atención de primer nivel y desarrollan actividades de promoción y prevención con los siguientes servicios: atención de consulta en

medicina general, atención de enfermería y odontología, educación en salud, control de crecimiento y desarrollo, control pre y postnatal, inmunizaciones, pesquisas y seguimiento de casos, además de servicio de laboratorio.

Los horarios de atención son de seis horas diarias (9:00 a 12:00, 2:30 a 5:30) de lunes a viernes, tiempo que consideramos insuficiente para cubrir con las demandas de la población, además de que es incompatible con los horarios laborales de la mayoría de los jóvenes de la zona (especialmente de quienes se dedican a la actividad minera).

El costo de la consulta en medicina general oscila entre cinco y siete bolivianos; las curaciones, entre Bs.2,50 y Bs.3. Para la mayoría de los jóvenes entrevistados, estos costos no son un impedimento para acceder a los servicios de salud; sin embargo, en algunos casos, los gastos que implicaría la compra de medicamentos pueden representar una limitación de orden económico.

En la zona, también hay organizaciones no gubernamentales que dan atención en consulta externa, curaciones e inyectables. Su personal atiende en horarios similares a los centros de salud estatales, con la diferencia de que las organizaciones no gubernamentales generalmente brindan atención temporal porque la mayoría de estas organizaciones realizan sus acciones por períodos determinados, en función de sus financiadores. En cuanto a la presencia de consultorios médicos privados, en la zona sólo hay un consultorio de odontología.

2. Estadísticas de las consultas de los jóvenes en los centros de salud

Una parte importante de la investigación estuvo relacionada con la sistematización de información estadística proveniente de centros de salud presentes en la zona. Para este fin, recurrimos a un centro estatal de atención de primer nivel[1] de San Cristóbal y, luego de indagar con los jóvenes, recurrimos a las estadísticas de los otros dos centros de salud más fre-

[1] Los centros de salud de primer nivel se caracterizan por ser los lugares donde el paciente realiza el primer contacto con el médico general; no tienen capacidad de internación y tampoco servicio de especialistas.

cuentados por ellos y que geográficamente se encuentran cercanos a los barrios de San Cristóbal. La información obtenida procede del Centro de Salud San Cristóbal, Hospital Concepción (zona San Juan) y la ONG Centro Popular de Salud, Educación y Producción CENPOSEP (zona San Pedro).

Es importante mencionar que los datos corresponden a la gestión 2004 y a los rangos de edad que van desde los 19 hasta los 29 años. Esta información se ha obtenido a partir de los registros de consulta y de internación de los centros de salud, puesto que la información de esta población se encuentra dispersa, y no existe una instancia centralizadora a nivel de distritos municipales y menos aún por centros de salud.

De acuerdo con la información de los tres centros de salud, hubo 2.966 consultas entre hombres y mujeres en las edades de 19 a 29 años. El grupo de diagnóstico más frecuente es el que corresponde al de *mujer gestante*. En este grupo, y para hacer posible el manejo de la información, se han incluido los siguientes diagnósticos: control prenatal, control prenatal más infecciones urinarias u otra complicación, abortos en sus diferentes tipos, problemas relacionados con el embarazo, control postnatal con y sin complicaciones. En estos controles, no encontramos diagnósticos con alto riesgo obstétrico que suponemos deben existir, pero de los cuales no se tienen registros en ninguno de los centros.

El segundo grupo de diagnóstico más frecuente es el de las infecciones respiratorias agudas (IRAs). En este grupo, hemos incluido: resfríos, amigdalitis, faringitis, laringitis, sinusitis, traqueitis y bronquitis de causa infecciosa (infecciones del tracto respiratorio). Esta alta frecuencia de diagnóstico responde a las características del clima frío y ventoso de la zona.

El tercer diagnóstico más frecuente es de problemas gastrointestinales. Este grupo está constituido por cólicos biliares, cólicos intestinales, dispepsias[2], inflamaciones intestinales gástricas y biliares, procesos diarreicos, intoxicaciones alcohólicas, alimentarias y por órganos fosforados[3]. La mayoría de los casos atendidos por problemas gastrointestinales son de urgencia. Probablemente, el consumo frecuente de alcohol entre hombres y mujeres jóvenes de la zona contribuye a

[2] Se refiere principalmente a los problemas relacionados con la mala digestión.
[3] En San Cristóbal, el más común es el veneno para ratas.

generar problemas de este tipo. Por otra parte, también se presentaron diagnósticos relacionados con la alimentación; los mineros son la población más atendida por este problema. Posiblemente, influyen las largas jornadas laborales (entre 8 y 12 horas) que realizan los mineros sin consumir alimentos, excepto la hoja de coca. Ellos también atribuyen los dolores estomacales o de cabeza a la inhalación de gases tóxicos al interior de la mina.

Dentro del cuarto grupo más frecuente de "otras enfermedades" se han tomado en cuenta los problemas cardiacos, hipertensión arterial, poliglobulia, artritis, reumatismos, problemas de la piel, paperas, abscesos, alergias, etcétera (Cuadro 3).

De acuerdo con la información del Cuadro 1, observamos diferencias importantes en las consultas realizadas por hombres y mujeres. Del total de las atenciones, sólo el 29,7% estuvieron dirigidas a hombres y el 70,3% a mujeres con 37.31% de diagnósticos de mujer gestante. Estos altos índices de consulta de mujeres se deben principalmente a las prestaciones gratuitas del SUMI, los índices altos de natalidad y porque el rango de edad que hemos tomado corresponde a la etapa reproductiva de las mujeres de la zona.

Por otro lado, en el momento de hacer un análisis por centros de salud, observamos que en CENPOSEP se registraron un total de 739 atenciones; el grupo de diagnóstico predominante es el de mujer gestante con 180 casos. Es necesario recordar que el centro de salud no brinda atenciones del programa SUMI, pero realiza un trabajo integral, desde el control prenatal hasta la atención de partos. Esta institución ha adquirido prestigio y confianza en la población por la calidad de atención que brinda y por los esfuerzos que ha realizado en la adecuación de la sala de partos e internaciones a fin de que el ambiente para la parturienta sea más familiar y no hostil, como generalmente ocurre en algunos hospitales. CENPOSEP también ofrece atenciones generales. El diagnóstico que ha predominando en este centro de salud es el de las IRAS. Igualmente, observamos una asistencia significativa de jóvenes varones (189 casos). Probablemente esta asistencia elevada se deba a que la atención es inmediata; generalmente el tiempo de espera antes de la consulta es reducido y los trámites administrativos son sencillos.

En el hospital Concepción, las consultas llegaron a un total de 1.364; el grupo más frecuente es el relacionado con problemas gastrointestinales

Cuadro 3
Principales grupos de diagnóstico distribuidos por sexo
(Gestión 2004)

Diagnóstico	CENPOSEP		Concepción		San Cristobal		Total	%	Total	%	Total
	H	M	H	M	H	M	H		M		
Mujer gestante	0	180	0	133	0	465	0	0,00	778	37,31	778
IRAS	74	96	143	139	4	84	221	25,09	319	15,30	540
Gastrointestinales	40	85	116	169	1	38	157	17,82	292	14,00	449
Traumatológica	23	20	211	39	1	5	235	26,67	64	3,07	299
Ginecológico	0	86	0	57	0	133	0	0,00	276	13,24	276
Otros	22	27	94	60	3	21	119	13,51	108	5,18	227
Neurológicas	20	13	80	56	0	10	100	11,35	79	3,79	179
Renales	4	30	12	28	0	34	16	1,82	92	4,41	108
ITS	5	12	10	2	2	50	17	1,93	64	3,07	81
Pulmonares	1	1	11	4	4	8	16	1,82	1,3	0,62	2,9
Total	189	550	677	687	15	848	881	100,00	2.085	100,00	2.966

Fuente: Libros de consulta de los centros de salud.
Elaboración: Equipo de investigación y Dr. Ronald Cardozo.

con un total de 285 casos (21% del total) tanto en varones como en mujeres. La mayor parte de la población que asistió a las consultas en este grupo son trabajadores mineros y amas de casa, y casi la totalidad acude a la consulta por emergencia.

Los datos del Hospital de la Concepción reflejan las características del barrio; los primeros grupos de consultas realizadas fueron las enfermedades gastrointestinales (21%), IRAS (20%) y traumatismos (18%). Este grupo de diagnósticos comprende las lesiones causadas en el cuerpo como golpes, contusiones, fracturas, luxaciones, accidentes de trabajo, lesiones por riñas callejeras familiares, etcétera, y que están estrechamente relacionadas con la actividad laboral minera, con el clima frío y ventoso de la zona y con la precariedad de las viviendas.

En el Centro de Salud San Cristóbal el grupo más atendido es el de mujer gestante, que abarca más del 50% de las atenciones. El segundo grupo se relaciona con problemas ginecológicos e ITS, los que, en su mayoría, se identifican a partir de un control prenatal. Estos datos llaman la atención porque ambos grupos abarcan más del 70% de las consultas realizadas por mujeres y que son cubiertas por el SUMI. Esto, a su vez, implica una concentración del personal y de las atenciones en este seguro; pero también significa descuidar o abandonar parcialmente las otras atenciones, especialmente las dirigidas a la población masculina. Lo anterior se refleja en las estadísticas del 2004, de acuerdo con las cuales se realizaron sólo 15 consultas, es decir, el 1,7% del total de las atenciones del Centro de Salud San Cristóbal. Esto no significa que los jóvenes varones se enfermen poco, que no tengan tiempo o dinero o que descuiden su salud, sino que lo más probable es que buscan otras alternativas para resolver sus problemas de salud.

El Hospital de la Concepción es el único lugar de la zona que cuenta con capacidad de internación y servicios de especialidad. En este hospital, se ha podido ver que de las 361 internaciones durante la gestión 2004, el 48% corresponde a hombres y el 52% a mujeres. En este último grupo, una vez más la principal causa de internación está relacionada con la mujer gestante, seguida de problemas gastrointestinales. En los hombres, el 40% de las internaciones estuvo relacionado con traumas que en su mayoría tuvieron lugar en la mina. Para los jóvenes de la zona, el Hospital Concepción tiene una buena imagen porque atiende durante las 24 horas y cuenta con servicio de especialistas.

3. Percepción del personal de salud sobre las principales causas de consulta

De acuerdo con la experiencia del personal de salud, el perfil patológico de los jóvenes de la zona de 19 a 29 años es diferente según el sexo: para las mujeres las consultas médicas en su mayoría están relacionadas con la maternidad y en los hombres están en estrecha relación con la actividad minera y las condiciones climáticas de la zona. De igual manera, mencionaron la tuberculosis como un problema de salud importante[4].

> Entre las mujeres, obviamente, es más embarazos, hiperémesis gravídica[5], amenazas de aborto y también problemas gástricos. Y en hombres, están los resfríos, traumatismos, lumbalgias seguramente por algún esfuerzo, porque los jóvenes también trabajan en algún u otro lugar, o sea, que de la poca asistencia que tienen. Éste sería el perfil patológico por el cual acuden los jóvenes (médica).

Otro problema que el personal de salud considera difícil de abordar y de resolver, pero que afecta bastante a la juventud de la zona, se relaciona con las enfermedades de transmisión sexual, por varias razones, entre ellas: la poca información sobre las características de la enfermedad y medios de contagio y por ser todavía considerada un tabú en la relación de pareja. Por ello, los jóvenes, especialmente varones, se resisten a solicitar consultas en los centros de salud, y primero realizan otro tipo de tratamientos con curanderos o adquiriendo medicamentos en las farmacias.

> Otra cosa que hemos detectado en esa edad es que vienen con procesos de infecciones sexuales, entonces, cuando empiezan el tratamiento pedimos que venga el esposo para que también se haga el tratamiento por el hecho de que ya está contagiado también, pero generalmente nos hacen decir que no tienen tiempo (…) Las enfermedades sexuales todavía son un mito, entonces hay resistencia a aceptar este tipo de enfermedades y más aún a nivel de pareja, porque

[4] Es importante mencionar que la mayoría del personal de salud que ha sido entrevistado ha solicitado el anonimato.
[5] Vómitos abundantes y frecuentes durante el primer trimestre del embarazo.

existe la duda, si bien este tipo de enfermedades se pueden contagiar en un baño público donde existe bastante gente, la creencia es que es por contacto sexual, quién ha contagiado a quién, entonces se resisten. No hemos visto que vengan los esposos de las señoras, y ése es un problema, porque de qué sirve que siga su tratamiento si el marido la va a volver a contagiar... Entonces... ellas estarían aceptando la decisión de sus esposos (enfermera).

La anterior cita también nos alerta sobre la importancia de incluir a los hombres como población meta en los diferentes programas de prevención de ITSs que la mayor parte de las instituciones ejecutan.

Generalmente, las enfermedades de transmisión sexual no son causa de consulta de los jóvenes en San Cristóbal. Es en los controles prenatales donde se identifican prácticamente la totalidad de los casos relacionados a las ITSs. De acuerdo con las versiones de los médicos, desde la implementación del SUMI, las estadísticas de ITSs se han incrementado, como resultado indirecto de los controles prenatales.

Es evidente en la juventud de la zona el temor de contraer estas infecciones porque además pueden generar conflictos de pareja por las representaciones que se tienen sobre ellas.

Los jóvenes no vienen por controles de ITS, pero si en la entrevista el médico toca este punto de hacer una revisión al nivel del útero y sale la interrogante si existe alguna anomalía, entonces ellas van explicando y allí es donde el médico va descubriendo estas cosas. Me parece que mucha gente del barrio no está capacitada en lo que respecta las ITS; o tal vez tienen conocimiento pero muchas veces por vergüenza no quieren dar a conocer, porque ellos piensan que ya es una enfermedad grande, incurable, entonces tienen temor y a veces también hay un poco de desconfianza con el médico varón (enfermera).

Otro motivo por el que los jóvenes realizan consultas y que está en proceso de incremento es la orientación sobre planificación familiar, especialmente en lo que concierne al uso de condones, inserción de dispositivos intrauterinos e inyecciones depo-provera[6] que están incluidas en el programa de planificación familiar del SUMI.

[6] Hormonas con base en progesterona utilizadas para la contracepción.

También vienen para hacer planificación familiar… tienen un hijito y se les da la orientación, entonces están aceptando las mujeres, así jovencitas, hacer la planificación familiar, que ahora es anticoncepción (trabajadora social).

Por otra parte, un problema de salud poco atendido, pero que sí afecta a la población en general y a la juventud en particular son los problemas dentales.

… aquí en la zona, casi el 99% tiene enfermedades dentales. En la etapa de la juventud no se consulta por el factor económico. Llegan casos cuando hay mucho dolor y extracciones. Yo justamente estoy haciendo un informe donde es alarmante la cantidad de extracciones que se tiene que hacer aquí, uno porque el dolor obliga por más que esté para otro tipo de tratamiento y otro cuando vienen es cuando ya está totalmente destruida la pieza dental y no queda otra que extraer (odontólogo).

En general, el personal biomédico considera que las mujeres realizan más consultas que los hombres y cuando estos últimos acuden, generalmente están acompañados por las esposas si son casados y por sus madres o hermanas si son solteros. En ello observamos la importancia del rol de la mujer en la salud. Al contrario, las mujeres generalmente acuden al centro de salud solas. Sin embargo, el factor común que caracteriza especialmente a la juventud es el deseo de encontrar soluciones rápidas a sus problemas de salud.

4. Percepción del personal de salud sobre los jóvenes de San Cristóbal

El personal de los centros de salud caracteriza a los jóvenes de la zona como "trabajadores" y en su mayoría "migrantes". En la relación personal de salud-paciente, encuentran diferencias importantes entre migrantes y citadinos: consideran que los jóvenes migrantes son más tímidos y hacen muy pocas preguntas; en cambio, los jóvenes que han nacido en la ciudad cuestionan la atención en el servicio, solicitan mayores indicaciones sobre sus tratamientos, etcétera. Pero el factor común de la juventud de la zona es el de asumir responsabilidades familiares a temprana edad.

> Vemos de que la gente que viene del campo viene a buscar un trabajo, y mayormente en esta zona se meten a trabajar a la mina, es gente joven. Vemos nosotros a diario de que son parejas jóvenes. En la zona se ve de que hay juventud más dedicada a su trabajo como en los ingenios, prácticamente abandonan sus casas en el día para dedicarse a estos trabajos mayormente minero (médico).

Por otra parte, consideran que los jóvenes tienen costumbres y concepciones sobre el cuerpo y la salud que son diferentes de la biomédica y en algunas ocasiones constituyen barreras que generan conflictos entre personal de salud y paciente.

> En los jóvenes de la zona existen costumbres que están bien arraigadas, y aunque se da educación, lo que más predomina es la costumbre, por ejemplo, dicen que las personas no se deben hacer medir, porque si no, se les quita el alma y como la mayoría trabaja en la mina piensan que el Tío les va a quitar el alma (médica).

También hacen mención a la sobrevaloración de la resistencia del cuerpo joven, lo cual puede llevar a descuidar su salud.

> Yo escuché un dicho en el cerro, un joven decía: "Este cuerpito es de fierro, nunca le va a pasar nada así que no tengo que ir al médico", ¿qué significa esto?, que el hombre todavía no toma conciencia de prevenir o ir a tiempo, falta de motivación y educación, siempre voy a utilizar esas dos palabras porque eso es lo que nos falta en todo campo de salud. Así ocurre en los hombres, no vienen, y si vienen es porque ya están en las últimas consecuencias, no les queda otra o directamente para ir a morirse al hospital… (médico).

En cuanto a los principales problemas de los jóvenes de San Cristóbal, el personal de salud identifica al abandono de la educación formal generalmente como una de las consecuencias de su inserción laboral inducida por las responsabilidades económicas y familiares que adquieren tempranamente. Esto a su vez genera un sentimiento de frustración en la vida personal de los jóvenes, hombres y mujeres, que muchas veces se traduce en una carga que llevan durante su vida adulta. Otra característica de las familias que viven en San Cristóbal es que no son propietarios de inmue-

bles; en el caso de las familias jóvenes, una minoría comparte el espacio habitacional con sus padres y la gran mayoría alquila pequeñas habitaciones donde se instalan con sus familias.

Por otra parte, a pesar de que algunos entrevistados coinciden en que los jóvenes son responsables y trabajadores, también encontramos testimonios con percepciones diferentes, principalmente generadas por el consumo de alcohol que conlleva a otros problemas familiares, sociales y de salud.

> El alcoholismo es un problema serio. Como son migrantes del campo, por ejemplo, un matrimonio, la fiesta va a durar cinco días. Es su cultura. Todas las fiestas de los santos también son así. Ahora, como la mayoría son mineros, tienen que tomar para poder tener producción de mineral, tienen que adorar al Tío cada viernes y hay muchos jóvenes. Entonces se acostumbran… por el alcoholismo también se producen accidentes, también tienen problemas de salud, están con la nutrición baja, ha aumentado harto la tuberculosis, hay familias íntegras que han enfermado porque bajan las defensas, porque dejan de comer. Entonces, es fácil adquirir tuberculosis (enfermera).

Dentro de los principales problemas sociales en los cuales están involucrados principalmente los jóvenes, el personal de salud menciona el robo y la delincuencia. Pero siempre están ligados a la ingestión de bebidas alcohólicas. El suicidio también ha sido identificado como problema de la juventud de la zona.

5. Limitaciones al acceso de los servicios de salud biomédicos

De acuerdo con las estadísticas de los centros de salud de la zona, es muy poca la población entre 19 a 29 años que asiste a estos centros, especialmente hombres. El personal de salud le atribuye varias razones a esta situación: horarios de atención incompatibles con horarios laborales, burocracia institucional, infraestructura no siempre adecuada, factor económico, procedencia rural de los pacientes, desconfianza ante el sistema médico institucionalizado, barreras culturales, temor a los procedimientos biomédicos, poca calidez en la atención, etcétera.

> Si se ampliaría el horario, entonces pueden venir más. En la noche, a partir de las seis o cinco podrían venir ellos, y además que también este consultorio es muy pequeño, la infraestructura es muy pequeña y cuando vienen hay que agarrarse fichas, y un tanto de fichas nomás se despacha porque también tenemos un horario nosotros, entonces también no quieren esperar, a veces están muy apurados por eso también debe ser, entonces ven que está lleno y ya no, se van. A veces los jóvenes son así (enfermera).

El personal de salud también considera la procedencia rural de los jóvenes como un elemento que limita su asistencia al sistema de salud institucionalizado, ya sea por sus costumbres de origen campesino o por el poco o ningún contacto que han tenido con el sistema biomédico. También influye en esta baja asistencia la desconfianza ante la posibilidad de que el personal de salud haga público el problema del joven.

Las revisiones físicas de ciertas partes del cuerpo también acrecientan el temor de consultar con el médico.

> Al principio tienen miedo… porque no están acostumbrados a recibir atención médica, además piensan de que la enfermedad es pasajera, y que fácilmente con tomarse algún remedio ellos se van a curar, y muchas veces vienen con procesos ya avanzados… para el control prenatal muchas no quieren hacerse revisar, porque dicen que el cuerpo es sagrado y no cualquiera les puede tratar (médico).

Algunas personas que trabajan en los centros de salud reconocen que frecuentemente el trato que recibe el paciente no es el más cálido.

> Habría que ver también la parte del trato humano, no todos los colegas médicos y enfermeras tratan adecuadamente. Entonces tal vez sería otro de los factores, aun sea mínimo, creo que también está incidiendo a la poca asistencia de los jóvenes (médico).

6. Propuestas para que se incremente la asistencia de los jóvenes a los centros de salud

El personal de salud no queda indiferente ante la poca asistencia de los jóvenes a los centros de salud, a la casi inexistente oferta de programas

para la juventud y a la insuficiente información sobre temas de salud. Por ello, sugiere alternativas para que mayor cantidad de jóvenes accedan a los servicios de salud. Las propuestas abordan diversas estrategias como: mayor publicidad de los servicios que ofrecen los centros de salud, creación de programas orientados a la juventud, creación de seguros de salud, incorporación de terapeutas tradicionales, mayor participación de la sociedad civil, fortalecimiento de las redes sociales de los barrios, etcétera.

Algunos sugieren que es importante tomar en cuenta la salud de manera integral y acercarse a la juventud para tener un mejor conocimiento y comprensión de sus problemas. Ello permitirá construir estrategias y encarar acciones de prevención contextualizadas a la realidad del joven.

> Creemos que lo importante en salud es la prevención, porque la zona tiene muchos problemas. La visión es que la parte de salud debe ser integral, no podemos cerrarnos solamente a salud y decir que no hay más problemas ni sociales ni económicos ni culturales, porque el efecto de todos estos problemas es la salud… creemos que la única forma de atraerlos es a través del contacto... acercarnos a sus problemas, que nos tengan confianza, también, analizar los problemas que tienen (médico).

Otras propuestas se orientan a que los centros de salud no trabajen únicamente en la curación, sino que también realicen actividades de información y prevención en el barrio y en los domicilios, es decir, recomiendan hacer un mayor trabajo fuera del centro de salud.

Las propuestas de seguros médicos dirigidos a jóvenes también son parte de las propuestas del personal de salud. A diario se ven confrontaciones por limitaciones económicas de los jóvenes.

> Creo que se puede realizar un seguro donde quizá ellos puedan cancelar de acuerdo al factor económico que ellos tengan, porque es necesario. Muchas veces aquí llegan con el dolor y la desesperación: "Por favor, atiéndame", y uno se conduele y hace la ficha de inmediato y dice: "Cancéleme", y "Ahorita se lo voy a traer." A veces tienden a mentir un poco. Entonces, ¿Qué pasa?, le revisa y para los medicamentos: "Por favor, se lo voy a traer, déme nomás." Nosotros también trabajamos en el turno nocturno, médico, enfermera y farmacia, entonces, tampoco nosotros podemos al paciente dejarlo así. Entonces, ¿Qué hacemos?, la persona dice: "Yo voy a ir a traer una prenda y voy a dejar", y, bueno, muchas veces en casos extremos se acepta (enfermera).

Otro aspecto que se puede advertir en esta investigación es generar espacios de relacionamiento interpersonal e incorporar terapeutas tradicionales como parte de las propuestas para motivar a los jóvenes a acudir al centro de salud. Igualmente, un tema importante que ha surgido es el de incrementar el rol protagónico del centro de salud en la vida del barrio y apoyar a sus organizaciones sociales, así como una mayor participación del centro de salud en las organizaciones juveniles:

> Tendríamos que ver el planteamiento de apoyo a las organizaciones sociales, a las redes sociales, nos parece que deberíamos las instituciones, no sólo de salud, tratar de coordinar, de apoyar a los jóvenes, porque hay varios jóvenes de la Iglesia, de los colegios, grupos juveniles, ligas deportivas, grupos que se organizan por otros objetivos. Vemos de que deberíamos empezar a coordinar para informarles todos los servicios que dan los servicios de salud y educación y al mismo tiempo tratar de entender la problemática social, creemos que así, haciendo una educación desde su concepción, desde lo que piensan los jóvenes, puede haber una apertura y, a partir de ello, tratar de resolver problemas sociales de violación, alcoholismo, drogadicción… porque instituciones que se ocupen de los jóvenes no hay, no hay accesibilidad a ellas, no hay apoyo, no hay incentivo, no hay facilitación hacia los jóvenes (médico).

Las propuestas muestran que el personal de salud tiene un amplio conocimiento de la realidad de la población juvenil de San Cristóbal. Consideramos que las opiniones que ha vertido el personal de salud son importantes y constituyen una base para mejorar la salud de la población joven de Potosí y posiblemente se constituyan en pistas para la elaboración de políticas públicas.

7. Percepciones de los jóvenes

Los jóvenes con quienes profundizamos sus experiencias de salud, acudieron por lo menos una vez a un centro de salud de la ciudad de Potosí. Sin embargo, en el contacto que tuvimos con otros jóvenes de San Cristóbal, encontramos que algunos de ellos nunca asistieron a un centro de salud y tampoco tuvieron relación directa con médicos o enfermeras. Algunas jóvenes, principalmente migrantes de primera generación,

contaron que dieron a luz en sus casas con la participación de una partera y algún familiar. Igualmente, sus niños no recibieron ninguna vacuna. En el caso de los hombres también es posible encontrar algunos que nunca visitaron a un médico. No obstante, es menos frecuente, porque los jóvenes citadinos ya tienen cierta tendencia a asistir a los centros de salud para ciertos problemas, y los migrantes generalmente llegan a la ciudad a trabajar en la mina y en sus fuentes laborales a menudo sufren accidentes que requieren la intervención de personal biomédico.

Las experiencias de los jóvenes en los centros de salud son diversas; sin embargo, encontramos que con mayor frecuencia recuerdan y desean hablar sobre sus vivencias negativas porque muchas de ellas han tenido secuelas importantes en su cuerpo, en su vida personal y laboral. Esto se constituye en un antecedente que influye en la decisión de acudir o no a un centro de salud.

Un aspecto que surge en la siguiente cita es la negligencia médica que en Bolivia, en la mayoría de los casos, no es sancionada.

> En la universidad tuve un accidente, tenía un tumor en la rodilla… por mala intervención lo reventaron y tuvieron que amputarme la pierna. Dijeron que era más negligencia médica que otra cosa. Quise denunciar, pero no hay ley en Bolivia, no se puede hacer casi nada, se necesita aparte plata, pero igual no hacen nada con los médicos... ahora casi no voy, la verdad es que ya tengo miedo ir al médico con todo lo que me ha pasado (Rosita).

Para los jóvenes, un indicador de buena atención es el que un centro de salud cuente con el equipamiento necesario.

> Fui dos veces a la Cruz Roja y una al hospital Bracamonte; pero la atención es pésima porque te dicen una cosa, y no tienen el equipo necesario que debería tener un centro de salud o un hospital. Una vez, trabajando se me clavó una astilla en mi ojo, fui a la Cruz Roja y sólo me vieron con una linterna y me dijeron esto va a sanar en tres o cuatro meses. Yo les dije: ¿No puede ser antes?, y me dijeron que no. Entonces fui al particular, a un especialista y me curó en un mes; me trataron bien, esperé sólo 10 minutos y me atendieron, me miraron con un aparato y me sacaron la astilla. Después sólo iba una vez a la semana para que vean como iba cicatrizando (Juan, joven minero).

No todas las experiencias en los centros de salud dejan recuerdos negativos. La calidez y la comunicación del médico con el paciente en gran medida determina la satisfacción del servicio.

> Bien nomás me han tratado, charlaba con los médicos, bien me he llevado. Me han explicado qué tenía, qué iban a hacer, me han dicho que tenía una enfermedad que estaba pasando en mi cuerpo, que era tuberculosis, me he sentido más tranquilo. Solamente cuando me he agitado, me han puesto oxígeno y con eso tranquilo... ahora me siento recuperado, me siente mejor, no me arrepiento de haber ido al hospital, volvería si me enfermaría otra vez (Sebastián, joven ex minero).

En los testimonios de los jóvenes, se percibe que las largas esperas tienen una influencia determinante sobre lo que ellos consideran como buena o mala atención. También mencionan otros factores importantes que influyen en sus percepciones sobre los servicios y el personal de salud, como, por ejemplo, insuficiente explicación en cuanto a la enfermedad y al tratamiento, lenguaje técnico incomprensible, burocracia administrativa, frecuente ausencia de examen o exploración física al paciente, poco manejo del idioma quechua y dificultades de comunicación y consultas cortas, por lo cual no se escucha lo que el paciente quiere decir y tampoco se interroga para saber más sobre lo que el paciente piensa y siente de su enfermedad.

> A mí no me gusta ir al doctor porque siempre te hacen esperar, no te dan buena atención. Si digamos quieres decirle más de tu sintomatología, ya te están dando tu receta, no te escuchan… Siento que no me atienden bien, la última vez el doctor ha sido muy seco, poco comunicativo, porque yo le decía alguna cosa y él ya suponía que tenía. Por eso no es buena la atención (Zulma, joven trabajadora social).

El lenguaje técnico que maneja el médico también se constituye en un factor que desanima a recurrir al centro de salud. Además, esto genera mayor inseguridad en el joven y una relación desigual entre paciente y médico. Las quejas sobre la impuntualidad o la inasistencia en los horarios establecidos también se constituyen en factores muy criticados por la juventud.

La despersonalización del trato al paciente también ha sido vivida por los jóvenes. Ellos sienten que son atendidos como objetos o simples números:

> En los centros de salud no te atienden bien, tal vez por cansancio de los médicos, o tal vez será de que ya no nos ven como a personas, como números, como a cualquier cosa. Yo pienso que más al contrario el médico te tiene que dar aliento y confianza… (Rosa, joven del barrio).

La burocracia administrativa y el no manejo del idioma quechua también se constituyen en factores de insatisfacción.

Por otra parte, en los testimonios sobre la relación médico-paciente no encontramos muchas dificultades que impliquen incomprensión cultural. Sin embargo, sobre este punto percibimos que los jóvenes tienen relativa claridad sobre los problemas de salud que puede o no resolver el médico. Por ello, generalmente cuando asisten al centro de salud no cuentan sobre algo que podría ser juzgado como "creencias", "costumbres del campo" o supersticiones.

Por otro lado, son varios los elementos que influyen en los jóvenes para elegir un determinado servicio de salud o un médico. Sin embargo, la información que proviene de sus familiares o amistades parece ser uno de los principales criterios de elección.

> Muchas veces, porque la gente conoce a los doctores y nos recomiendan, entonces hay veces pregunto dónde es mejor la atención y voy. Por ejemplo, a mí me han dicho que le lleve con el doctor Calle que siempre hacía curar de la tos sin ningún problema, sólo cuesta un poquito, pero cura. Una palliri me dijo eso, que su prima estaba enferma y ahora está sanita, entonces también hay que ver lo que habla la gente para saber si algún doctor es bueno o no (Rosenda, joven guarda).

El factor económico es una de las principales limitantes que han mencionado los jóvenes para acceder a la salud, especialmente para quienes atravesaron por enfermedades graves. El no poder solventar los gastos no les permitió contar con atención en el momento adecuado y con el personal especializado. Como consecuencia de ello, varios jóvenes actualmente sufren de ciertas discapacidades o viven en una permanente angustia.

Otras experiencias que los jóvenes de barrios mineros viven frecuentemente están relacionadas con la discriminación por parte del personal de salud. La vestimenta todavía es un factor de discriminación. La ocupación de ser minero o palliri[7] también ha sido causa de no recibir un buen trato.

> Hay mucha discriminación. Una vez mi mamá se hizo un accidente en la mina, se golpeó su mano, golpeó tanto que estaba por reventar. Fuimos conmigo y yo le dije que la atendiera, porque le estaba doliendo y estaba sangrando. Entonces me dijeron, "Que se espere, ella no está muriendo". Mi mamá está con seguro en la Caja porque es palliri antigua, pero es como si no tuviera, te tratan mal si eres minero, el dinero y la apariencia marca la diferencia (Rosita, hija de palliri).

La apariencia y el tipo de enfermedad (contagiosa o no) también han generado vivencias discriminatorias a los jóvenes.

> ... cuando vamos sucias no nos tratan bien, nos discriminan, hurgan nuestras cosas, una vez porque fui un poco desastrosa me trató mal la enfermera, de mi esposo quería saber, les lleve un vasito pero no me querían recibir nada. "Ahí déjalo", me han dicho. Luego, "Fírmalo esto", no me alcanzó ella el bolígrafo, después el bolígrafo lo limpiaron con un trapo húmedo. Yo le dije: "No te voy a contagiar, soy enferma pero no contagiosa". Y desde eso no fui nunca más (Rosenda, joven guarda).

[7] Mujeres que extraen mineral de aquellas piedras que los mineros han desechado; lo hacen en las entradas a las minas.

6. La autoatención

En el presente capítulo, presentamos algunas de las prácticas de autoatención (entendida como la atención que realiza uno mismo y aquella en la que intervienen la familia y/o los amigos) citadas por los jóvenes en los momentos cuando atravesaron por problemas de salud. Hemos puesto énfasis en sus experiencias personales, pero también hemos tomado en cuenta aquellas experiencias vividas en su entorno familiar. Esto nos permite observar la importancia de las prácticas curativas caseras como estrategias determinantes frente a la enfermedad, al igual que el proceso de crecimiento acelerado del consumo de medicamentos de patente en los autotratamientos. A partir de ello, intentamos reflexionar sobre el proceso salud-enfermedad-atención y el modelo médico de autoatención.

Cuando los jóvenes atraviesan por problemas de salud, recurren a una diversidad de prácticas para recuperarla. Generalmente, aplican tratamientos que han sido experimentados en el ámbito familiar. También incorporan nuevos tratamientos, recomendados por vecinos, amigos, compañeros de trabajo, etcétera, y finalmente introducen tratamientos creados por ellos mismos con participación de algún familiar en los cuales se combinan conocimientos propios, conocimientos nuevos adquiridos en el contacto con los médicos, con los terapeutas tradicionales, con las amistades y también influenciados por los medios de comunicación.

A partir de los testimonios de los jóvenes de San Cristóbal, constatamos que la autoatención es el recurso más utilizado para recuperar la salud, puesto que la mayoría de las enfermedades o padecimientos recibe en primera instancia un tratamiento en el círculo familiar.

> Podemos de diferentes maneras curarnos, porque no siempre es ir al centro de salud, tal vez es mejor curarse en la casa. La mayoría de las familias que viven aquí en las minas no van a los centros de salud (Elena, hija de guarda).

> Si va a continuar esto hasta mañana recién le voy a dar sus medicamentos. Flavicold, Neusim y vitamina C es lo único que le da el médico y como tengo esos medicamentos… ya es necesario ahora; antes no teníamos eso. Mi mamá, mi papá tal vez en ese aspecto han sido muy dejados, jamás teníamos nuestro botiquín; yo creo que es necesario eso cuando hay niños. Ahora ya sé, por eso tengo esos medicamentos (Magaly, joven del barrio).

Una razón que induce a los jóvenes hacia la autoatención está relacionada con el no cumplimiento de la legislación laboral, puesto que muchos de ellos no tienen derecho a vacaciones ni permisos por cuestiones de salud. Estas condiciones de trabajo no les permiten disponer de tiempo para acudir a especialistas, realizar exámenes de laboratorios, etcétera.

> He ido a Sucre a un hospital privado y me han dicho que tenía que hacerme exámenes, análisis, pero por el trabajo no he podido (…) por el dolor tomo toda clase de calmantes para que no me duela la espalda, o me pongo yerbas, cualquier cosa, para que se me pase (Zulma, trabajadora social).

1. Conocimiento y uso de los medicamentos de patente

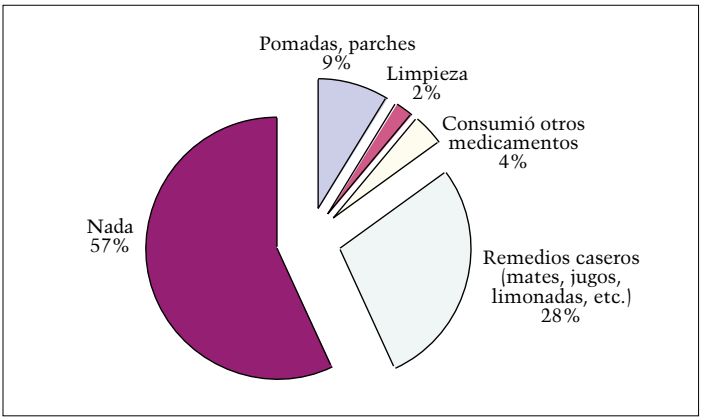
Un proceso que probablemente caracteriza a la juventud es el creciente consumo de medicamentos de patente. A su vez, estos fármacos se constituyen en componentes determinantes en las prácticas de autoatención. Por otra parte, también nuevos actores de la salud adquieren gran importancia como las farmacias del barrio. En San Cristóbal, hasta hace dos años no había ninguna. Actualmente están presentes dos y la demanda de este servicio no cesa de aumentar por varias razones, entre ellas, los horarios. Una de las farmacias está abierta permanentemente desde las nueve de la mañana hasta las once de la noche (incluidos sábados y domingos); generalmente el enfermo recibe allí buen trato y consejos de parte de la farmacéutica, tiene la posibilidad de adquirir medicamentos sin pasar por una consulta que implique revisión médica y recibe una

atención rápida, que es lo que busca el joven para resolver su problema de salud, aunque en algunas ocasiones sólo de manera momentánea.

> Cuando alguna vez estoy mal, lo primero que hago es ir a la farmacia del Calvario, a la de arriba, porque tiene una mejor atención, te explica bien la doctora (Félix, joven del barrio).

Por otra parte, un aspecto de interés de la investigación era el de saber qué remedios había consumido el joven antes de llegar a la farmacia, a fin de conocer una parte de la trayectoria del enfermo. Para ello, recurrimos al llenado de fichas que nos proporcione esta información. Esta parte del trabajo fue realizada gracias al apoyo de la farmacéutica de la farmacia más concurrida de San Cristóbal (Gráfico 1).

Gráfico 1
Prácticas previas a la adquisición de medicamentos de patente
A partir de fichas llenadas en las farmacias (octubre-diciembre 2004)



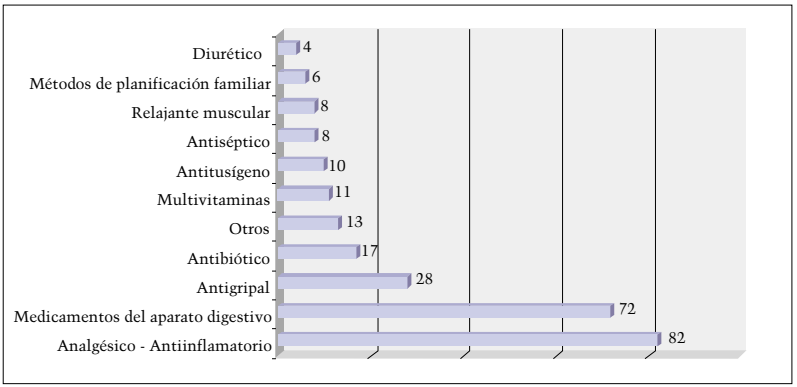
Fuente: Elaboración propia sobre la base de datos de la farmacia de la zona.

De acuerdo con la información del anterior gráfico, observamos que el 57% de los jóvenes recurrió directamente a la farmacia. Esto significa que previamente no realizó ninguna otra práctica. Por tanto, la farmacia fue su primer recurso de salud. El siguiente grupo representativo, con el 28%, refleja la importancia del consumo de remedios caseros con base en plantas medicinales. El tercer grupo, con el 9%, hace referencia al uso de pomadas y parches que también son prácticas que conocen muy bien las

familias de San Cristóbal. El cuarto grupo, con el 4%, hace referencia al consumo de otros medicamentos. Actualmente, no es raro encontrar en las familias mineras pequeñas reservas de medicamentos de patente que fueron adquiridos anteriormente en la farmacia o en las tiendas de barrio. Sobre todo, son los restos de medicamentos que no fueron utilizados por no haber concluido los tratamientos que fueron prescritos por los médicos. Finalmente, el 2% representa especialmente a casos de heridas, es decir, que el joven, antes de acudir a la farmacia, realizó prácticas para limpiarlas, ya sea con alcohol, agua oxigenada, jabón o alguna planta medicinal que tiene propiedades desinfectantes, o también con el orín.

El Gráfico 2 nos proporciona información procedente de la farmacia y hace referencia a las compras de medicamentos realizadas por los jóvenes.

Gráfico 2
Venta de medicamentos de patente
A partir de fichas llenadas en las farmacias (octubre-diciembre 2004)



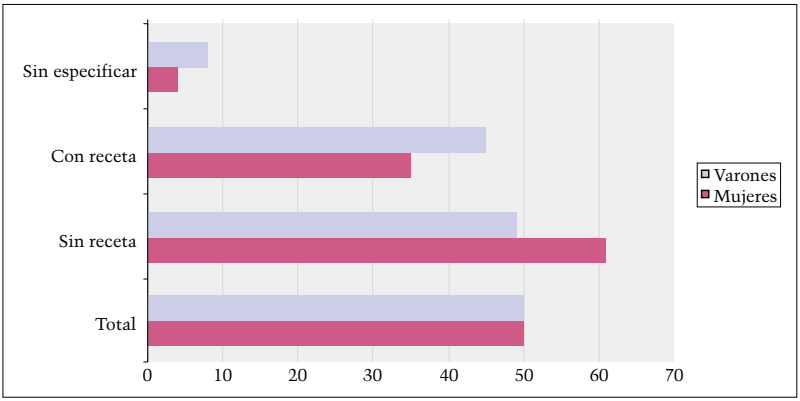
Fuente: Elaboración propia sobre la base de los datos de la farmacia de la zona.

Entre los medicamentos más demandados por los jóvenes, están los analgésicos y antinflamatorios, que son utilizados principalmente para aliviar dolores de cabeza, dolores de muelas, dolores musculares, esguinces, dolores por golpes, etcétera. Les siguen los medicamentos para tratamientos relacionados con el aparato digestivo; son adquiridos para aliviar dolores abdominales, cólicos intestinales, diarrea, estreñimiento, mala digestión, cólicos biliares, etcétera. Los antigripales y antibióticos son las siguientes categorías de medicamentos de patente más vendidos en la

farmacia de la zona. Los primeros son utilizados para catarros, fiebres y malestar en general producidos por el resfrío; los antibióticos son los medicamentos que ayudan en procesos infecciosos. En la información que hemos obtenido, estas infecciones tendrían como principales causas las gripes, las diarreas y las infecciones intestinales.

Los jóvenes encuentran en los medicamentos de patente una acción rápida para eliminar principalmente los malestares que causan algunos problemas de salud. Recurriendo a la farmacia, logran su objetivo; sin embargo, muchas enfermedades no quedan resueltas únicamente asistiendo a la farmacia, de ahí que el joven tendrá que continuar con su itinerario terapéutico hasta resolver su problema de salud (Gráfico 3).

Gráfico 3
Adquisición de medicamentos de patente con y sin receta médica
A partir de fichas llenadas en las farmacias (octubre-diciembre 2004)



Fuente: Elaboración propia con base en los datos de la farmacia de la zona.

De acuerdo con la información del Gráfico 3, observamos que la mayoría de los jóvenes acuden a la farmacia sin receta médica, lo que refleja, entre otros, la inasistencia a los centros de salud o a médicos privados. Esto se debe, principalmente, a que esta práctica le permite al joven un ahorro en tiempo y dinero. También podría interpretarse como un reflejo inmediato (acudir a la farmacia) que van adquiriendo cada vez más los jóvenes frente a sus problemas de salud. Sin embargo, un aspecto que llama la atención es el desconocimiento sobre la acción que tienen los medicamentos en sus cuerpos: por una parte, reconocen sus ventajas (efi-

cacia); pero también sus efectos negativos (alivio temporal). Frente a este proceso creciente de autoatención, el Estado tendría que realizar acciones de educación en salud a fin de informar mejor a la juventud sobre los medicamentos que consume y así, en alguna medida, disminuir, los efectos negativos que podría tener la automedicación.

2. Conocimiento y usos de las plantas medicinales y otros recursos de salud

Los jóvenes tienen un amplio conocimiento de las propiedades de ciertas plantas medicinales y remedios caseros. Estos saberes se transmiten de manera oral en la familia y entre amigos o conocidos. No obstante, el uso de ellas va en proceso de decrecimiento.

> Yo he heredado de mi abuelita, pero pienso que se está olvidando. Mi abuelita sabía biensísimo, pero ahora yo ya no sé mucho, antes sabían más porque no habían casi médicos y para cada cosa había una plantita (Rosita, hija de palliri).

Sin embargo, algunos jóvenes reconocen la importancia y las ventajas de tener estos conocimientos. Por ello, manifiestan el deseo de reaprender, recuperar o adquirir nuevos saberes para la preparación y uso de medicamentos con base en plantas medicinales.

Las prácticas para prevenir o curar enfermedades no se limitan al uso de plantas medicinales y medicamentos de patente; el universo es muy amplio. Como un ejemplo, hacemos referencia a dos prácticas frecuentes en la juventud de San Cristóbal: por una parte, el uso del orín, como elemento importante en el tratamiento y prevención de varias enfermedades y, por otra, los sueños, como un componente que se toma en cuenta para evitar ciertos problemas.

Orinoterapia. En la zona de San Cristóbal, el orín es un recurso significativo para recuperar la salud. Los jóvenes tienen un amplio conocimiento sobre sus virtudes. Lo utilizan para varios fines como el tratamiento del resfrío, como sustancia antiséptica para lavar heridas, para fortalecer los huesos, para disminuir la hinchazón debido a golpes, para bajar la fiebre, etcétera.

> Para el resfrío, mate de wira wira y mate de manzanilla, eso nomás, y por las noches a veces tomo el orín de mi hijita y con eso nomás. El orín es buenísimo. A mis hijas, eso les doy para el resfrío. Para la temperatura, les baño con el orín. Después, para la tos: el orín lo haces hervir y se le pone tres cucharillas de lejía, un poquito de sal y con eso ya se desinflama la garganta (Rosenda, joven guarda).

Rodríguez y Fernández (2005) hacen referencia al orín como un "excelente cicatrizante natural", por la producción de arentina, que es un producto que cura las heridas y úlceras. Los jóvenes de la zona de San Cristóbal, en especial aquellos que trabajan en las minas, recurren al orín para lavarse las heridas como primer tratamiento en caso de accidente, reconociendo la calidad estéril y antiséptica del orín.

> El orín es bueno para muchas cosas, por ejemplo, un golpe, una herida, a veces nos golpeamos con el mineral, y entonces, ¿qué hacemos?, con coquita y un poco de orín y eso lo amarramos. Al día siguiente, ya no hay mucho moretón y ya no duele (Martha, hija de palliri).

Otra propiedad del orín es la de generar el crecimiento de la piel reproduciendo las células u órganos lesionados, y, además, eliminando ciertas toxinas. En San Cristóbal, es muy utilizado para bañar a los niños pequeños y como tratamiento para la piel *p'aspa*[1].

Sueños. Para los jóvenes de San Cristóbal, los sueños son representaciones premonitorias de lo que puede suceder. "Los sueños avisan si habrá accidentes, si nos enfermaremos, si habrá muerte, si pelearemos con alguien". Por ello, los jóvenes les prestan mucha atención y varias de sus actitudes y actividades preventivas frente a enfermedades u otros problemas están condicionadas a los sueños.

> Me sueño seguido. Digamos que ayer han discutido, y hoy va haber más problemas, entonces me sueño con sangre o con carne y eso es problemas o sorpresa, es algo así como si me previniera. El otro día me soñé con harta carne, quería preparar asados, y al día siguiente me desperté preocupada de miedo. ¿Qué irá a pasar?, dije. Cuando alguien se va a enfermar me sueño con agua turbia, agua

[1] P'aspa se refiere a la piel extremadamente seca a causa del frío y el viento.

sucia, que yo me estoy cayendo ahí o que mi hija está pasando y que no pueda salir, se enferma, cuando sale de un tiempito. No me preocupo porque no se va a enfermar mucho, pero cuando no puede salir, me tengo que preparar, porque se va a enfermar fuerte. Si yo voy a tener problemas y en mi sueño golpeo a alguien y veo sangre, es porque voy a tener problemas, por ejemplo ahora mucho me estoy soñando con el cementerio, que estoy yendo al cementerio, pero eso es bueno para mí, es bueno, por ejemplo, ya me soñé así unas tres veces y es bueno para mí, porque nadie de mi familia se va a enfermar. Si me sueño que me choco en un carro rojo, es porque alguien de mi familia se va a enfermar o se va a morir… A mi marido yo le cuento, le despierto, y le cuento, cuando me sueño con bebé es bueno porque eso quiere decir que plata me llega de donde sea (Rosenda, joven guarda).

3. Percepciones del personal biomédico

El personal de salud, al igual que los jóvenes, afirman que el primer nivel de atención real que practica el joven frente a la enfermedad es la autoatención. Sin embargo, a pesar de tener esta referencia, observamos que los médicos (asumen ellos mismos) no preguntan al paciente el uso de medidas terapéuticas previas a su llegada a la consulta médica. El paciente en algunas oportunidades cuenta el proceso de su padecimiento incluido el tratamiento realizado. Sin embargo, en las historias clínicas que hemos revisado, el médico sólo anota aquellos medicamentos de patente que el paciente menciona, "desdeñando cualquier otro curador u otros tipos de procedimientos curativos no ortodoxos y por tanto califican la autoatención como inútil, peligrosa y en ocasiones mortal" (Campos, 1992: 196).

La mayoría se quedan en su casa, o sea, pocos acuden al centro de salud como le digo, no se ven cantidad, de venir vienen, pero son pocos… se quedan en su casa y la mamá le da sus cosas para curarle, ya sea yerbas o que se lo compre de la farmacia, porque ahora se ve que en la farmacia cualquier cosa nos pueden vender… En algunos casos, como por ejemplo que la mamá ya sabe que el Paracetamol es para el resfrío entonces dicen: "Para qué le voy a llevar al centro de salud si ya sé", o a veces le sobra del anterior tratamiento que se le ha dado, entonces les dan. A veces les dan también mates de manzanilla o cualquier mate les dan, entonces a veces en su casa nomás también les tratan (enfermera).

Un fenómeno frecuente en la juventud es el parcial abandono del consumo de medicamentos procedentes de la medicina tradicional, y el reemplazo paulatino por los medicamentos adquiridos en la farmacia.

> Van a la farmacia, ni siquiera utilizan la medicina tradicional que utiliza su mamá, sino que directamente van a la farmacia y ni siquiera saben de qué están enfermos… otros jóvenes, luego de la farmacia recién vienen al médico (administrativo del centro de salud).

Es evidente que en la juventud de San Cristóbal la automedicación basada en fármacos de patente atraviesa por un proceso de crecimiento acelerado. Al respecto, el personal de salud rechaza esta práctica argumentando que el desconocimiento de la composición del medicamento, la forma de suministro y las contraindicaciones pueden generar en el paciente diversos malestares; igualmente la administración incompleta de ciertos medicamentos crea resistencias y efectos adversos. Por otra parte, indican que la automedicación está principalmente dirigida a calmar momentáneamente los síntomas de una enfermedad y no a atacar la causa. En este proceso, es muy criticado el rol de las farmacias por vender medicamentos sin receta médica.

El personal de salud considera que el joven se autoengaña porque cree que con la automedicación está ahorrando dinero. Sin embargo, por las consecuencias negativas que provoca el consumo de medicamentos, se genera más gastos, porque muchas veces terminan acudiendo al centro de salud por posibles emergencias o acuden a realizar consultas porque su salud se agrava o tiene nuevos malestares.

> Para mí no es bueno que el joven se automedique, porque puede ser que en la farmacia le diga que se haga poner un antibiótico y es alérgico. Entonces recién vienen al centro de salud… los jóvenes tampoco saben la dosificación... muchas veces toman varios medicamentos con la misma composición o en estómago vacío y por eso se puede presentar gastritis… (enfermera).

> Esto no es sólo en jóvenes sino también en personas adultas, por no cancelar la consulta, entonces prefieren ir a la farmacia y ahorrar… y después cuando ya no pueden, recurren al centro de salud para que les den una inyección y saben que no se les puede dar sin una receta, entonces se tienen que hacer revisar… (enfermera).

Otros elementos que el personal de salud menciona como factores que explican el proceso creciente de consumo de medicamentos de patente son, por una parte, las limitaciones económicas que inducen a los jóvenes a no realizar las consultas médicas y, por otra parte, la mercantilización del servicio farmacéutico.

> No estoy de acuerdo con la automedicación, porque también son sujetos de engaño. Por ejemplo, si les duele su estómago, entonces se compra algo en la farmacia y como en las farmacias lo que les interesa es vender, les dan cualquier cosa, y aunque aparentemente al joven le pasa el dolor, luego se le vuelve a presentar la molestia y se reactiva el proceso después de que ya ha gastado (enfermera).

A pesar de que el personal de salud considera a la automedicación como un problema de salud importante, se manifiestan pesimistas sobre la posibilidad de cambiar o revertir esta situación, ya que afirman que se trata de un problema que afecta a toda la población y que se agudiza en los jóvenes. Sin embargo, proponen mayor educación sobre los peligros de la automedicación y la sensibilización de las farmacéuticas sobre la importancia de la consulta médica y del expendio de productos bajo receta médica. También aconsejan que las farmacéuticas tomen mayor tiempo para orientar sobre la acción de los medicamentos y la necesidad de concluir tratamientos. Por otra parte, sostienen que es necesaria una mayor participación, no sólo del personal de salud y de farmacéuticas, sino también de la población en general y de organizaciones e instituciones estatales que controlan y reglamentan estos servicios.

4. Percepciones de los terapeutas tradicionales

Los terapeutas tradicionales consideran que es bueno que los jóvenes aprendan a cuidar su salud y si pueden curar algunas enfermedades en la casa es mejor. Sin embargo, manifiestan su preocupación porque los jóvenes muchas veces ya no quieren reproducir lo que aprendieron de sus padres e incluso rechazan muchas prácticas argumentando que no son eficaces: "Eso no hace nada", y piensan ellos que esto se produce por la influencia de las costumbres de la vida en la ciudad y las propagandas de los medios de comunicación que muestran sólo lo positivo de los medi-

camentos de patente. Asimismo, indican que la facilidad que tienen los jóvenes de comprar medicamentos que actúan con mucha rapidez también influye para que ellos prefieran comprar de la farmacia y se desinteresen por aplicar otros tratamientos basados en remedios caseros que actúan de manera menos rápida.

Si bien existe una cierta crítica al fácil acceso a los medicamentos de patente, algunos terapeutas reconocen y valoran el rol que cumple la farmacia en el alivio de los dolores y como una alternativa más económica que el médico.

> Las farmacias son necesarias, porque siempre uno puede ir a comprarse calmantes antes de ir al médico porque a veces no hay plata para la consulta, además el médico nos va a dar lo mismo. Si no nos hace bien lo que hemos comprado en la farmacia, recién debemos ir al médico. Además, las doctoras de las farmacias saben y nos indican de qué estamos mal (Epifania, joven del barrio).

Por otra parte, doña Andrea, la *q'apachaquera* de la zona, piensa que ahora el barrio está progresando porque hace un año no había ninguna farmacia y para ella no ha implicado competencia a la venta de sus productos.

> Que se haya instalado la farmacia para mí no es competencia, mis ventas siguen igual. En la farmacia no se puede comprar lo que yo vendo. Más bien estoy contenta de tener ahora una farmacia porque si tenemos una emergencia podemos comprar ahí, por ejemplo, para dolor de muelas.

A través de algunas percepciones de terapeutas tradicionales, observamos una importante apertura hacia la práctica de la autoatención, probablemente porque ellos viven más de cerca la realidad de la juventud y están más abiertos a las diversas ofertas de salud y más dispuestos hacia la complementariedad en salud.

5. Algunas reflexiones sobre la autoatención

En párrafos anteriores, vimos las ventajas concretas por las cuales los jóvenes recurren a la autoatención: evita la asistencia al centro de salud, esto permite ahorrar tiempo y dinero; además, a los medicamentos

autorrecetados se les tiene confianza por haber sido utilizados en la familia o amigos, y son eficaces para ciertas dolencias o enfermedades; y, en el caso de los medicamentos de patente, actúan con rapidez. Por otra parte, a través de algunas de las prácticas descritas, observamos la importancia y el amplio conocimiento de los jóvenes sobre las enfermedades y, sobre todo, de los tratamientos destinados a recobrar la salud y en los cuales se manifiesta una alta participación de medicamentos de patente destinados principalmente a aliviar los síntomas. Al respecto, y de acuerdo con los datos provenientes de la farmacia, se observa una "concentración de la automedicación sintomática y menos frecuente etiológica.

La autoatención también refleja la combinación y la complementariedad de recursos con el objetivo de encontrar el alivio o la cura para la enfermedad. Estos aspectos son rechazados por el personal de salud (especialmente en lo que se refiere a la automedicación). No obstante, estas apreciaciones no toman en cuenta la cantidad de jóvenes que han encontrado alivio o solución a sus problemas a través de la autoatención.

Por otra parte, en este capítulo de la investigación, se ha analizado aquellas prácticas que tienen como componente principal el consumo o uso de medicamentos de patente y remedios caseros. Sin embargo, como veremos a continuación, los itinerarios terapéuticos que sigue el joven son complejos e intervienen una serie de actores (personas o instituciones) y acciones que en ocasiones son parte de la autoatención o pueden constituirse en componentes de servicios especializados; pero que contribuyen a recuperar la salud. Esto refleja la diversidad de recursos terapéuticos.

7. Jóvenes, salud e interculturalidad

1. Itinerario terapéutico

El itinerario terapéutico ha sido denominado por varios autores como trayectoria o "carrera del enfermo". A partir de ello, la antropología y la sociología construyeron modelos teóricos de asistencia curativa tanto a nivel de toma de decisiones como de articulación entre los diferentes actores a lo cuales recurre el enfermo. Refiriéndose a lo primero, el sociólogo Edward Suchman propone un "modelo integrado por etapas sucesivas que se corresponden con la toma de decisiones, la formulación de actividades concretas y la obtención de resultados finales, que si son favorables tienden a la recuperación, si son negativos conducen a otras acciones" (en Campos, 1996: 266). En cuanto al desarrollo del itinerario terapéutico, el antropólogo Stevan Polgar distingue "tres etapas fundamentales: a) fase de autoconsulta, donde el individuo toma ciertas decisiones; b) fase no profesional, cuando se recurre a miembros del grupo social inmediato como familiares y amigos, c) fase profesional cuando se acude a algún curador especializado" *(idem.)*. En todos los casos, como subraya el sociólogo Elliot Freidson, "en las respuestas ante la enfermedad las variables socioculturales adquirían un papel preponderante" (en Campos, 1996: 265). De allí que el estudio de los itinerarios terapéuticos constituyen un terreno propicio para entender el factor intercultural a nivel de salud.

El modelo formulado por Suchman es un buen punto de partida para el análisis de las trayectorias terapéuticas. En el caso de los jóvenes enfermos de San Cristóbal, igualmente distinguimos las tres etapas propuestas por Polgar. Sin embargo, en la práctica, esas etapas sucesivas no son

tan lineales. Por ejemplo, la consulta a los padres o amigos acompaña todo el proceso, aun cuando el enfermo se encuentra en manos de los expertos médicos o curanderos.

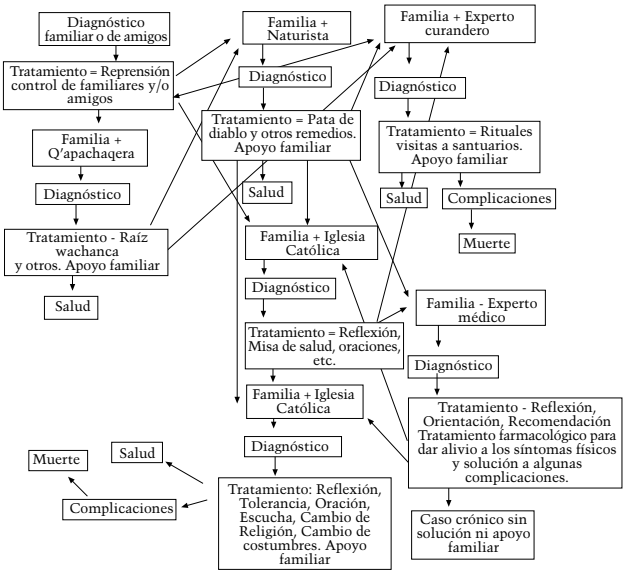
El ejercicio de esquematizar las acciones emprendidas tiene la finalidad de brindar información sobre las prácticas concretas que realizan los jóvenes para enfrentar a las enfermedades y/o padecimientos. Esto permite reflejar la diversidad de los recursos de salud que utilizan los jóvenes frente a cinco enfermedades frecuentes en la zona de San Cristóbal. Asimismo, con la esquematización, pretendemos demostrar que detrás de las acciones que emprende el joven, existe una lógica y una coherencia explicativa en la utilización de uno o varios de los recursos seleccionados. Esta información puede constituirse en una base para la proposición de políticas interculturales, puesto que a través de los itinerarios observamos que la salud no se reduce a las prácticas biomédicas o del sistema tradicional sino que se evidencia la presencia e intervención de una variedad de actores institucionales y/o personas especialistas o no que participan en la búsqueda de la salud del joven enfermo.

A continuación, proponemos esquemas que ejemplifican las estrategias que utilizan los jóvenes frente a dos enfermedades frecuentes en la zona de San Cristóbal. Asimismo, presentamos sus percepciones sobre las ventajas y desventajas de utilizar una determinada atención de salud. A través de estas percepciones, también podemos visualizar su posición sobre las diferentes alternativas de salud (Esquemas 1 y 2). Para la reconstrucción de los esquemas, recurrimos a varios testimonios de jóvenes que han experimentado en su cuerpo la enfermedad o que la han vivido junto a algún familiar o amigo. Por lo tanto, la información de los itinerarios refleja la diversidad de posibilidades que mencionaron los jóvenes. Es también importante señalar que los esquemas cuentan con información representativa; pero que pueden ser ampliados o completados por otras experiencias vividas por jóvenes con quienes no pudimos reconstruir itinerarios.

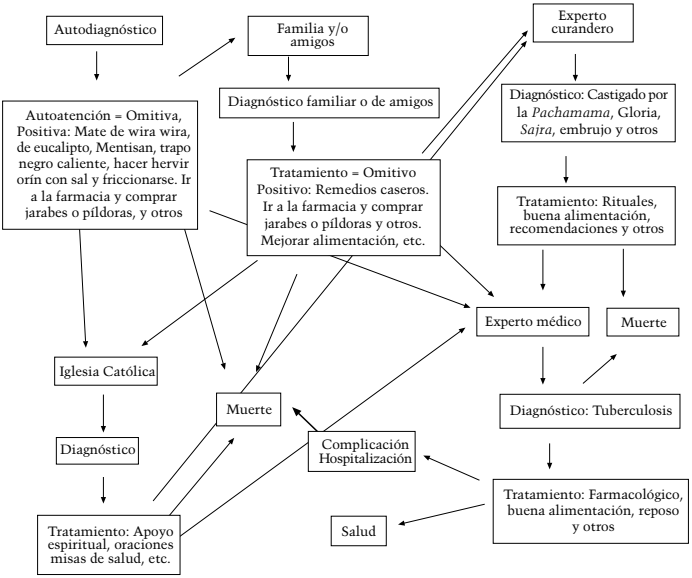
2. Posibilidades terapéuticas

Los esquemas anteriores nos permiten observar la complejidad del itinerario que siguen los jóvenes, caracterizado por la variedad de las alternativas de los diferentes sistemas médicos y religiosos y la diversidad de "curadores"

Esquema 1
Alcoholismo



Esquema 2
Tuberculosis



Fuente: Elaboración del equipo de investigación.

que intervienen en la trayectoria que sigue el joven para recuperar la salud: compañeros de trabajo y amigos, farmacéutica, *q'apachaqueras*, yerbateras, naturistas, curanderos, médicos, enfermeras, pastores de las iglesias evangelistas, curas y hermanas de la iglesia católica, "hermanos" de las congregaciones cristianas, etcétera. Asimismo, permiten mostrar las diferentes acciones que acompañan los tratamientos como: misas de salud, oraciones, novenas, visitas a los santuarios, etcétera.

En los itinerarios, también observamos la interconexión incesante entre los diversos recursos de salud, y mientras más complicada o grave es la enfermedad, más actores y ambientes terapéuticos intervienen. Por ello, no es siempre fácil afirmar que la enfermedad requiere tratamiento de un médico o de un curandero; en la mayoría de los casos requiere de la participación de ambos y de otros actores como las iglesias. Además de ello, en un inicio, el joven considera que su enfermedad puede ser atendida por el médico o por el curandero. No obstante, sólo al final, cuando ha recuperado la salud, se podrá saber quiénes han solucionado su problema. Al contrario, cuando se trata de enfermedades simples como observamos en el caso del resfrío, el itinerario es más corto y menos complejo. Entonces, es posible decir si fue para la atención del médico o del curandero o únicamente para la autoatención.

> La llamada carrera del enfermo tiene una finalidad pragmática en buscar (y después encontrar) la curación, el alivio al malestar, la disminución de la angustia y la preocupación, es decir que independientemente de las variables sociales, económicas, culturales y hasta políticas, el hilo conductor de la estrategia es la búsqueda persistente, incansable, esperanzadora de la eficacia, donde quiera que ésta se encuentre. Esto también puede llevar a resultados inciertos, ambiguos y aun fallidos" (Campos, 1996: 266).

Por otra parte, una característica que es común en los esquemas anteriores es el hecho de que la enfermedad es un asunto familiar; a menudo, la enfermedad también involucra a los vecinos y a los compañeros de trabajo. Especialmente en el caso del alcoholismo, encontramos que no hay un autodiagnóstico, sino un diagnóstico familiar, y todo el itinerario es acompañado por la familia. Igualmente en el caso del susto, generalmente es imprescindible la presencia de alguna persona del entorno doméstico.

Es importante destacar que en la mayoría de las enfermedades son especialmente las mujeres las que asumen los roles de principales curadoras y de compañeras en la toma de decisiones y en el acompañamiento en las diferentes alternativas elegidas para recuperar la salud.

A través de los itinerarios, observamos que la práctica de la interculturalidad en salud, no solamente implica pasar de un ambiente físico a otro, sino aceptar antagonismos entre prácticas que a veces tienen lógicas opuestas. Esto evidencia que no hay una sola lógica médica sino varias, y que la curación no depende de encontrar la "verdaderamente adaptada, la verdad de la enfermedad", sino que la práctica de la interculturalidad se traduce en la capacidad de asumir, aceptar, y practicar lógicas distintas.

Por otro lado, al realizar los itinerarios terapéuticos, observamos que el primer nivel curativo utilizado es la autoatención, caracterizada por el alto consumo de medicamentos de patente. Este fenómeno cotidiano en la juventud de barrios mineros está en proceso de crecimiento acelerado, y es influenciado especialmente por las experiencias (o de familiares) anteriores con personal biomédico, puesto que, a pesar de que el aprendizaje de los diagnósticos y tratamientos se hace en el ambiente familiar, la imitación y la reproducción de tratamientos dotados por los médicos se constituye en un importante factor de reproducción de conocimientos curativos.

El uso de remedios caseros también es muy importante en la estrategia elegida por el joven. Sin embargo, contrariamente al consumo de medicamentos de patente, los productos preparados con base en plantas medicinales son cada vez menos utilizados. Posiblemente, también contribuye a ello la poca oferta de hierbas frescas en el barrio, y bajar a los mercados de la zona central de la ciudad genera un gasto de tiempo y de dinero. Asimismo, la producción de plantas es muy reducida por las características climáticas difíciles de la zona, además de que no se tiene la costumbre de producir en las casas. Dentro de las más utilizadas están la wira wira y el eucalipto, que crecen en el Cerro Rico, además de la hoja de coca, que es de fácil acceso porque "en toda familia minera hay coca".

No obstante, la disminución del uso de plantas medicinales, no sólo se debe a problemas de abastecimiento, sino que éstas son las primeras en ser desplazadas por los medicamentos de patente en un proceso de mayor articulación con la medicina biomédica. Es decir, la lógica de la autoatención continúa; pero su contenido cambia.

Un proceso que se presenta en el caso de los jóvenes migrantes es la rápida incorporación de elementos de salud propios de la "cultura minera" en la concepción de ciertas enfermedades; pero, sobre todo, en las prácticas curativas en caso de problemas ligados con el trabajo minero, Por ejemplo: colocar un pequeño pedazo de carburo al diente que tiene caries y que produce dolor, o en casos extremos de heridas abiertas, donde aplican nitrato a fin de evitar hemorragias y cauterizarlas.

En un segundo nivel de atención, ya existe la participación de "expertos" técnicos que pueden ser médicos o curanderos. En San Cristóbal, se presenta una demanda creciente de servicios biomédicos de parte de los jóvenes, aunque una gran parte de esta población, especialmente masculina (tal como se observa en las estadísticas de consultas presentadas en capítulos precedentes), utiliza servicios que se encuentran en la zona central, especialmente la Cruz Roja, médicos privados y también a otros hospitales.

Las ventajas percibidas por los jóvenes sobre la medicina biomédica están relacionadas con el uso de medicamentos de patente que son eficaces y de acción rápida. También son valoradas porque varios problemas de salud son resueltos a través de las intervenciones quirúrgicas, especialmente las operaciones de vesícula y las fracturas por accidentes. En opinión de los jóvenes, la mayoría de los problemas que ellos eligieron que sean tratados por los médicos fueron resueltos; sin embargo, el alto grado de insatisfacción se debe a la relación médico-paciente.

En cuanto al uso de los servicios de los curanderos para problemas físicos, existe, cada vez menor demanda de parte de los jóvenes, y, a través de la carrera del enfermo, observamos también el dinamismo y adaptación de los especialistas. En San Cristóbal, el curandero es cada vez más demandado para solucionar problemas afectivos, de relaciones interpersonales y económicos que afectan de manera indirecta a la salud, y muchos jóvenes recurren a los servicios de "otros curanderos, los del campo" porque consideran que ellos sí saben curar bien enfermedades que requieren de mayor especialidad, como el mal viento, la *chullpa*, etcétera. De esta manera, también se percibe el proceso de transición de los curanderos urbanos, cuyas funciones no son las mismas que las de los curanderos que viven y prestan sus servicios en zonas indígenas.

Es importante resaltar la complementariedad que existe entre los curanderos y las *q'apachaqueras* y las visitas a los santuarios como parte

del tratamiento realizado por los curanderos. De ahí también la relación estrecha entre salud y religión.

Otro nivel de atención que hemos identificado es el relacionado con las iglesias católica y evangelista. Su intervención puede ubicarse en un primer, segundo o tercer nivel, estar ausente o acompañar al enfermo durante todo el proceso. Especialmente en el caso del alcoholismo tiene una fuerte presencia como parte del tratamiento; muchos testimonios de jóvenes atribuyen haber dejado el alcohol como resultado de haber cambiado sus costumbres a raíz de su cambio de religión (de la católica a otra). La presencia de las iglesias también es determinante, no solamente como parte del tratamiento para recuperar la salud, sino también como parte del itinerario del enfermo, como elemento de "alivio espiritual" para encontrar serenidad, perdón y resignación ante un problema de salud.

Como hemos visto anteriormente a través del itinerario terapéutico del joven, el deseo de resolver su problema de salud genera la complementariedad de prácticas de manera natural, aunque para algunos puede ocasionar ciertos conflictos interculturales en la apropiación, cambio y/o reproducción de conocimientos para enfrentar la enfermedad. Otros estudios podrían profundizar los conflictos generacionales e interculturales que genera la elección de una determinada alternativa de salud.

3. Interculturalidad en salud

Como se vio anteriormente, a través del itinerario terapéutico, el joven utiliza de manera complementaria las diferentes alternativas que le permitan recuperar la salud a pesar de que esto le implique conflictos internos, familiares o sociales. Sin embargo, no hemos percibido una oposición práctica entre las opciones de los sistemas médicos. Al contrario, en la literatura antropológica médica, existe una oposición entre la medicina científica que es practicada por los médicos y la medicina que es practicada por los no médicos. Entendemos por médicos a las "personas que están habilitadas para curar luego de haber obtenido un título profesional y/o título académico en una escuela legitimada por el Estado y el cual a su vez lo habilita excluyentemente para ejercer dichas funciones curativas" (Menéndez, 1980: 2).

Compartimos con Menéndez el análisis que realiza sobre la historia de la medicina científica cuando afirma que ésta ha sido constituida como un modelo exclusivo terapéutico y es parte de una estructura sociopolítica, socioeconómica, socioideológica y sociocientífica y que, al mismo tiempo, excluye, por lo menos teóricamente, a las otras prácticas curativas. En cuanto a sus características estructurales, menciona: el biologismo, la ahistoricidad, la asocialidad, el pragmatismo eficaz y el mercantilismo. Su desarrollo se daría principalmente en medios urbanos industriales, especialmente a partir del siglo XVIII en los países que van a conformar la hegemonía capitalista. Para su expansión y legitimación, la medicina científica utilizaría instituciones del Estado (escuelas, universidades, hospitales estatales, etcétera).

En oposición a la medicina científica, está la "tradicional" que, según Menéndez, se caracterizaría por la socialidad, la totalización psicosomática, la eficacia psicosocial. Su desarrollo se daría principalmente en el área rural y estaría relacionado especialmente con el campesinado y con las clases urbanas marginales. Por ello, durante muchos siglos e incluso hasta la actualidad, la medicina tradicional está a veces relacionada con el analfabetismo y el atraso en términos de conocimiento, y está caracterizada por su resistencia a las concepciones ideológicas dominantes. La medicina tradicional, al no estar legitimada por el Estado y las clases sociales asociadas a su dominio, aparece marginada así como teórica y jurídicamente excluida.

Es importante hacer referencia, aunque de manera resumida, a la historia de la medicina científica para poder comprender su actual funcionamiento y la posición que asume el personal de salud "oficial" frente a las prácticas biomédica y a las prácticas "tradicionales". De esta manera, se podrá intentar comprender las relaciones interculturales en salud.

Actualmente, el carácter hegemónico de la medicina científica y su posición de poder frente a los otros sistemas médicos es evidente. Para ello, utiliza una serie de instrumentos y estrategias que le permitan ganar legitimidad y expandirse en los diferentes espacios del país, urbanos y rurales. Por ello, y como veremos a continuación, no es raro que personal de salud formado en universidades asuma actitudes o posiciones "institucionales" propias de las características del modelo médico científico; pero que muchas veces le generan conflictos porque su experiencia de vida no siempre corresponde con la posición biomédica. Asimismo, en los argumentos que nos proporcionaron los funcionarios de los cen-

tros de salud, se percibe en algunas ocasiones una posición de apertura a la interculturalidad; pero que es ofuscada por las normas de funcionamiento de los centros de salud "oficiales".

> Lo que sucede es que el trabajador de salud pretende ser científico antes que artista, prefiere ubicarse en un pedestal y ostentar el poder para ejercerlo, qué mejor que hacerlo con sus semejantes. Por eso no escucha, no conversa, no discute, opta por interrogar, dar indicaciones y no explicar. Es en este espacio donde la calidad ha perdido su sentido. La presión de lograr coberturas, de cumplir con las normas de atención establecidas por la autoridad sanitaria, la necesidad de lograr una recaudación mínima ha subalternizado toda expresión humana de respeto, calidad y afecto (Dibbits, 2002: 107-108).

Las percepciones del personal de salud que presentamos seguidamente sobre interculturalidad toman diferentes direcciones que aún requieren de mucha reflexión y, sobre todo, de cambio de actitudes que vayan hacia un diálogo horizontal y una relación de respeto de las diversas prácticas en salud, ya sean tradicionales, de autoatención o biomédicas.

4. Percepciones del personal de salud sobre los curanderos

En las percepciones del personal de salud sobre los curanderos, no es raro encontrar argumentos que perviven desde la Colonia. Específicamente nos referimos a la relación directa que se hace entre curandero y brujo. Por ello, muchas opiniones ponen énfasis en la práctica de "embrujar "y "hacer daño", y de esta manera le restan valor u opacan la valiosa labor curativa y religiosa que cumplen los curanderos. Por otra parte, el personal de salud establece la relación directa del joven migrante usuario de la medicina tradicional, que es considerada como práctica de los ancestros, abuelos y "gente del campo".

Personal de salud con fuerte afiliación religiosa relaciona estrechamente la existencia de curanderos con el Diablo; afirman que su intervención está ligada a prácticas malignas.

> Los curanderos están ligados al mal, de lo contrario no existirían ellos. Desde mi punto de vista, hasta de los que ven simples cartas, está detrás el Diablo…

incluso hasta matan personas. Por ejemplo, digamos, yo soy el que te quiere hacer el mal, y tú realmente estás bien aferrado y eres bien cristiano, porque el único que puede combatir a Satanás es Dios, nada más. Entonces no pasa nada, pero si tú no estás, entonces te lleva a la destrucción… (odontólogo).

También los conceptualizan como mercantilistas, como personas que recurren a cualquier medio para generarse recursos económicos: "Creo que aquella persona que se dedica a hacer brujería quiere encontrar un medio de subsistencia, quiere encontrar un poco de ingreso económico y se dedica a estas cosas" (auxiliar de enfermería).

La participación de la mujer en la demanda de los servicios de los curanderos también ha sido destacada por el personal de salud.

... por querer hacer maldad a alguien, las mujercitas más que todo: "Ah no, este chico no ha estado conmigo, entonces no va a estar con nadie" porque vienen del campo, aquí han migrado mucho de la zona rural. He escuchado incluso madres jóvenes: "Me ha dejado, no va a estar con nadie, voy a ir al curandero y voy a hacerlo hacer esto o aquello", y todo eso es malo, entonces ocurre esas cosas, desde mi punto de vista, porque detrás de todo está el Diablo (enfermera).

Sin embargo, algunos reconocen la eficacia de las terapias de los curanderos y las limitaciones de la medicina académica.

La teoría es una cosa, pero la realidad es otra. Por ejemplo, nosotros como personal de salud siempre nos basamos en lo científico; pero la realidad es muy diferente, nos hace ver otras cosas: A una señora le han hecho "ene" tratamientos aquí con laboratorio y todo, pero nada ha surtido, tanta droga en vano. Pero llega un momento, yo he ido al curandero con ella y se ha curado, le ha masajeado la barriga y le ha dado unos mates (enfermera).

El aspecto más aceptado en la biomedicina es la introducción de plantas medicinales como parte de los tratamientos.

Sabemos que todos los medicamentos son rescatados de la parte mineral, animal o vegetal. Entonces hierbitas que se venden hacen muy bien, recomendamos a veces. Por ejemplo, cuando tiene peridontitis y está inflamado, le pido que se haga buches con manzanilla, con romero, son buenos desinflamantes;

alguna vez dicen: "Me he puesto un clavo de olor a mi diente y me ha calmado". Es un buen analgésico el clavo de olor, se extrae para materiales dentales, entonces sencillamente son medicinas (odontólogo).

De manera resumida, presentamos las diferentes percepciones del personal de salud sobre los curanderos.

Percepciones de rechazo: charlatanes, mercantilistas, engañan a la gente. Están relacionados con el Diablo y las fuerzas oscuras del mal, están en la Tierra para hacer daño.

Percepciones de valoración: valoran su pragmatismo para solucionar determinados problemas de salud, especialmente los tratamientos basados en plantas medicinales y masajes.

Dentro de estas percepciones, percibimos un cierto desprecio a algunas prácticas empleadas por los curanderos y un desconocimiento de la función social y técnica que cumple. Sin embargo, notamos que desde hace algunos años, y probablemente por el efecto que ha tenido el programa de salud intercultural implementado por la cooperación italiana, en San Cristóbal existe un creciente interés por parte del sector biomédico de conocer los saberes, las técnicas y la eficacia de sus tratamientos. Esto es muy positivo si lo que se pretende es no subordinar a la medicina tradicional y a sus practicantes, sino un acercamiento para iniciar un diálogo y un posible acuerdo de trabajar conjuntamente en un ámbito de respeto y de relaciones horizontales.

5. Percepción de enfermedades de filiación cultural (tradicionales)

La totalidad del personal de salud entrevistado conoce algunas enfermedades "tradicionales", especialmente el susto, el mal viento, la barriga vaciada, el orejado, y algunas prácticas de trabajo de parto. Asimismo, varios de ellos admiten haber recurrido a terapeutas tradicionales y haber experimentado la eficacia de los tratamientos. De igual manera, conocen que algunos pacientes, antes de acudir al centro de salud, han utilizado los servicios de terapeutas tradicionales.

A pesar de haber recibido una formación académica caracterizada por la ausencia parcial o total de los aspectos socioculturales de la salud,

especialmente las enfermeras, recurren a los servicios de los curanderos principalmente porque varias de ellas provienen de familias donde la medicina tradicional es muy practicada y por haber experimentado tratamientos que sí han resuelto problemas de salud.

> He pasado una experiencia, mi bebé estaba mal y mi mamá me ha dicho: "Vamos al curandero", "No, yo le voy a llevar al hospital", dije. Entonces mi mamá ha hecho ver en coca y le ha dicho: "No, este bebé no es para mí, es para el hospital, "es para el doctor", le ha dicho. Y en el hospital se ha sanado. Entonces desde esa vez yo he empezado a creer. Y otra de mi hijito se ha vaciado su estómago, yo le he dado gotas para que no vomite y no le hacía nada, mi abuela sabe: "Se ha vaciado su estómago", ha dicho, me lo ha curado con coca, con kuru[1], me lo ha refregado su estómago, me lo ha amarrado y se ha sanado como si nada. Entonces yo creo nomás en esas cosas (enfermera).

El personal de salud cree respetar la causalidad que atribuye el paciente a un determinado problema de salud. Sin embargo, en algunos testimonios, se percibe un cierto rechazo porque no toma en cuenta o no le otorga ninguna importancia a lo que dice el paciente; además, hace prevalecer su posición biomédica como la única "verdad".

> Hay señoras que cuando el niño está desnutrido vienen y dicen: "Mi guagüita está orejado". Pero no es que está orejado, sino está desnutrido y les decimos: "¿Por qué está así su niño?", y dicen que supuestamente han pasado por un río, a veces tienen esa creencia, y nosotros les decimos que el peso para la edad de su hijito no está bien, está desnutridito su niño. Entonces cada mes tiene que traerle para su control, para que les demos aceite vitaminado o hierro. "Vas a ver que de aquí a tres o cuatro meses tu hijito va a ir recuperando". Entonces así les decimos. Tampoco podemos decirles que no es orejado, así de prepo (enfermera).

En los testimonios precedentes, observamos ambigüedad: por una parte el personal de salud conoce de una gran variedad de enfermedades y en ciertas reconoce la eficacia de la intervención del curandero por haber experimentado en su cuerpo o en algún familiar; sin embargo, se percibe

[1] Especie de caracolitos que son utilizados para algunos tratamientos.

una posición de subordinación y/o rechazo al conocimiento y a la práctica de la medicina tradicional.

6. Tendencia a la institucionalización del parto

Los indicadores de alta mortalidad materno-infantil en el departamento de Potosí generan gran preocupación en el personal de salud. Esto es relevante porque es en el binomio madre-niño donde la mayor parte de los recursos estatales y privados se han invertido. En la zona San Cristóbal, los índices de mortalidad están entre los más altos de la ciudad. Una de las causas que el personal de salud ha detectado está relacionada con las atenciones domiciliarias realizadas por parteras empíricas que muchas veces no reconocen a tiempo los riesgos de un parto con complicaciones. Por ello, especialmente las ONGs han incorporado iniciativas "interculturales" que vayan a atacar una de las "causas". En esta oportunidad, son las parteras empíricas. Para ello, se han organizado una serie de capacitaciones dirigidas a las parteras de la zona que tienen como objetivo dotarles de conocimientos sobre higiene, reconocimiento de las señales de complicaciones en el parto y qué actitudes tomar frente a estos riesgos. No obstante, el fin mismo de estas capacitaciones es el de encontrar en las parteras aliadas que tengan la confianza de las mujeres y que deriven los partos a las instituciones "oficiales" de salud.

> Nos dicen que es contradictorio, ¿por qué?, si nosotros estamos en contra del parto domiciliario. ¿Por qué capacitamos parteras empíricas? Entonces la visión para nosotros de partera empírica es la de una señora de la zona que tenga plenos conocimientos de los riesgos por los cuales pueda pasar un mujer embarazada, y esta persona sea orientadora, o sea, pueda informar a la embarazada, ganar la confianza de las mujeres, porque la mayoría viene del área rural. Ellas cuando llegan acá incluso rechazan un examen ginecológico, o sea que las parteras induzcan a las mujeres a tener el parto en un centro de salud, tener un parto institucional. Ésa era nuestra meta… Ahora, si se daba el caso de que pudiera atender un parto en caso de gran emergencia, ella podía hacerlo, pero su función era orientar… porque lo que nosotros queremos es evitar el parto domiciliario… Uno, por los datos de mortalidad neonatal no reportada y por el riesgo de la mujer, los sangrados que se presentan posparto y que no reciben

> atención oportuna, porque las mujeres se van así al campo y mueren. Les decimos es una complicación de parto; pero aún así las mujeres tienen miedo de reportar como partos domiciliarios (médica).

En este testimonio, observamos que la finalidad de las capacitaciones y la alianza con las parteras es la institucionalización del parto. El objetivo o la razón más importante, que era la de incorporar una visión de interculturalidad donde parteras y personal de salud aprenderían mutuamente conocimientos y prácticas, se diluye en el discurso, y estas acciones se ubican en algo secundario o quizás en un pretexto a nombre de la interculturalidad. A pesar de la buena voluntad de las instituciones y del personal de salud, y motivados por sus preocupaciones por los altos índices de mortalidad, se implementan "experiencias" que tienen resultados no previstos, ya sea por falta de reflexión, por ingenuidad o posiblemente porque ciertas acciones se ocultan bajo una máscara de interculturalidad y tienen otra intencionalidad, que es la de orientar los esfuerzos para institucionalizar la salud porque ésta es considerada por los biomédicos como la "mejor", la única científica, la que detenta la verdad.

Al respecto, un testimonio de una partera nos lleva a la reflexión sobre la necesidad de considerar los efectos negativos que pueden generar algunas acciones en salud que son implementadas a nombre de la interculturalidad.

> Antes yo atendía hartos partos aquí. En las noches tenía que corretear. Cada mes sabía atender cuatro, cinco a veces más partos; pero ahora, con las capacitaciones con las doctoras, tengo miedo, ya no quiero atender, peligroso había sido, el manteo también puede causar la muerte a la wawa y a la mujer nos han dicho, y si me pasara eso, me pueden denunciar y juicio me pueden hacer, me han dicho. De eso yo prefiero ya no atender, aunque las amistades se enojan, yo les digo: "Andá al centro de salud, ahí gratis es todo..." (partera).

Creemos que esta experiencia que cuenta la partera es frecuente en la ciudad y, a pesar de que las capacitaciones de las organizaciones no gubernamentales pretenden mejorar las "capacidades" de las parteras, a veces tienen un efecto contrario, porque se alimenta temor e inseguridad, lo cual puede desmotivar a que las parteras continúen con sus prácticas. Tal como señala el anterior testimonio, ahora la población que prefería tener

un parto domiciliario con una partera experimentada y de la zona, ha perdido un recurso de salud.

Por otra parte, un instrumento muy utilizado para inducir a la población hacia la aceptación de la biomedicina bajo la máscara del respeto por su cultura son las charlas o capacitaciones a la población: "Lógico, tenemos que respetar... son creencias que de alguna manera hay que respetarlas también, no directamente tratar de imponer nuestra forma de vivir, sino dándoles charlas, visitas" (enfermera).

7. Percepciones de los terapeutas tradicionales

La palabra interculturalidad no tiene ningún significado para los terapeutas tradicionales de San Cristóbal. Por ello, nuestras preguntas las reorientamos hacia sus experiencias con los médicos y, en general, con el sector de salud "oficial". La mayoría de los terapeutas tradicionales entrevistados en alguna ocasión han recurrido a los médicos académicos en calidad de pacientes y, en general, las opiniones sobre ellos son positivas, aunque piensan que "no todos tienen suerte con los médicos". Especialmente, "los jóvenes no están contentos". "El trabajo de los médicos es bueno, algunas veces he ido al centro de salud cuando estaba embarazada, a mis niños también les llevo como ahora es gratuito con el SUMI" (Andrea, *q'apachaquera*).

Los terapeutas tradicionales generalmente prueban otras alternativas antes de visitar al médico por considerarlas más eficaces y con menores consecuencias para el cuerpo. No obstante, piensan que el médico para ciertos casos es necesario: "Los remedios caseros son más eficaces que ir al médico porque las tabletas también hacen daño al cuerpo; pero cuando ya es grave, a veces es necesario visitar a los doctores (Modesta, hierbatera).

Por algunas experiencias de intercambio de conocimientos que tuvieron con personal de salud, piensan que los médicos se quedan cerrados en sus conocimientos y que no hacen ningún esfuerzo por comprender los tratamientos que realizan los terapeutas tradicionales. "Nunca he podido explicarle al médico lo que ocurre exactamente cuando la barriga se vacía; el médico me ha dicho no hay en ningún libro que indique que la barriga salga de su lugar" (Andrea, curadora de *wijsa tallisq'a*-vaciado de barriga).

Por otra parte, la mayoría de los curanderos reconocen los límites de sus terapias y manifiestan apertura hacia la biomedicina:

> Nosotros no podemos curar todo. Por eso, primero que nada es ver en la coca, ahí sale si es para curandero o si es para médico. Entonces, dependiendo nosotros decimos anda al médico, esto no es para mí. Así les mandamos a los jóvenes a que se hagan chequear (Juvenal, curandero).

Por otra parte, preguntamos sobre la posibilidad de que médicos y curanderos trabajen juntos en un mismo lugar como muchos proyectos de salud estatales y de ONGs empiezan a proponer e, incluso, a implementar en algunos casos como parte de sus políticas de salud intercultural.

Doña Andrea, *q'apachaquera*, no cree que sería bueno que los médicos y los curanderos trabajen en el mismo lugar.

> No existe lugar donde se vea trabajar juntos médicos y curanderos. Mejor que cada uno trabaje por su cuenta: los médicos en los hospitales y los curanderos en sus casas o en las calles, aunque también los curanderos no sólo trabajan de curanderos, algunos son mineros, otros, chóferes, otros cargadores.

Este argumento es compartido por varios terapeutas tradicionales de San Cristóbal porque piensan que el médico nunca aceptaría instalar su consultorio en la casa de un curandero porque en general los curanderos de San Cristóbal viven en cuartos alquilados que son pequeños, oscuros, fríos y en lugares alejados. Por su parte, piensan que si el curandero se instalara en el hospital, la gente desconfiaría porque argumentan que "el hospital la mayoría es para morirse". Además, los médicos quisieran controlarlos y a veces se "harían la burla de las cosas que hacemos".

> A mí no me gustaría trabajar en el hospital porque encerrado tuviéramos que estar con horarios, tomando solcito como los médicos. Eso a mí no me gusta. Además mayor parte también curamos en la noche. En cambio los hospitales más que todo en el día. Además las mujeres qué van a venir para contar sus problemas, van a decir aquí en el hospital todos se van a enterar de mi problema, porque las mujeres vienen con un dolor de algo pero siempre nos cuentan cómo está yendo en la casa con el marido, con los hijos (Eustaquio, curandero).

En estas percepciones, observamos que el lugar tiene su significado y eficacia simbólica, tanto en la ubicación geográfica (lugares alejados) como en las características y el acondicionamiento del espacio (oscuro, pequeño, etcétera) donde se realizan las consultas y algunas curaciones. Asimismo, por las experiencias o comentarios que escucharon de los médicos, consideran que el personal de salud no va a aceptar con respeto todas las prácticas que realizan.

Por otra parte, en San Cristóbal, la mayoría de los curanderos no ofrecen sus servicios de manera abierta; generalmente lo hacen para personas de confianza. En cambio, realizar atenciones en el hospital implicaría ofertar servicios públicamente, lo cual no corresponde necesariamente a la manera de trabajar de los curanderos de San Cristóbal. Otro aspecto que menciona don Eustaquio es el temor de la gente a hacer público sus problemas, lo cual implicaría acarrear mayores conflictos en lugar de solucionarlos.

Para los jóvenes, un curandero es bueno cuando es buscado, y el hecho de acceder a sus servicios con facilidad significaría disminuir su prestigio.

> Cuando la gente quiere consultar con urgencia a un curandero, tienen que buscarles preguntando a otros dónde puede haber uno bueno. Son bien buscados. En cambio, los que andan buscando trabajo en las calles o en las casas no son confiables. Por eso, están buscando trabajo, dicen que mienten y engañan (Encarnación, comerciante).

Por otra parte, como ya se mencionó anteriormente, pensamos que si los curanderos trabajan en centros de salud institucionalizados, la relación no será horizontal, porque habrá una tendencia hacia su subordinación de parte de la biomedicina.

Sin embargo, también entrevistamos a algunos curanderos que tienen trayectoria organizativa y liderazgo en el seno de la Sociedad Boliviana de Medicina Tradicional (SOBOMETRA) filial Potosí, que aglutina a curanderos de varias especialidades que practican la medicina como principal fuente de ingresos económicos y, especialmente, en contextos urbanos. Sus dirigentes consideran que sería positivo trabajar junto a los médicos académicos y ellos estarían dispuestos a dar consultas dentro de un hospital o centro de salud. Además, varias de sus acciones como organización han estado orientadas a presionar al Estado para que otorgue ítems a

los médicos tradicionales. Para ellos, ésta sería una muestra concreta de valoración de los conocimientos y prácticas de los médicos tradicionales. Es importante mencionar que los curanderos que viven y dan consultas en San Cristóbal no están afiliados a SOBOMETRA. Probablemente por ello no comparten los mismos criterios.

Por lo expresado por terapeutas y jóvenes que atienden a la población de San Cristóbal, pensamos que la modalidad que está asumiendo la interculturalidad en salud en el departamento de Potosí no es la más pertinente, porque cada terapeuta tiene sus espacios y sus tiempos diferentes. Trabajar en espacios institucionalizados como los hospitales o centros de salud no podría ser una política que incremente realmente la asistencia de la población y menos aún de los jóvenes, porque ellos tienen otro tipo de demandas que no están relacionadas con la decisión de reunir en un mismo espacio a médicos y curanderos.

Más bien, al hacerlo, uno (unir el sistema tradicional con el biomédico) se rompería la lógica de pasar de un sistema a otro. Es decir, posiblemente lo más importante no es únicamente la existencia de sistemas médicos con concepciones y prácticas distintas, sino también la posibilidad de que el joven pueda disponer de varias ofertas.

8. A manera de conclusión

Las conclusiones que presentamos a continuación sintetizan los hallazgos más relevantes encontrados en la investigación. Por otra parte, también mencionamos algunos temas que surgieron en el proceso de la investigación y que fueron tratados de manera superficial, pero que se constituyen en pistas que podrían dar lugar a nuevas investigaciones.

Sistema biomédico

En Bolivia, la principal política pública de salud es el Seguro Universal Materno Infantil (SUMI), que está orientado a la atención del binomio mujer gestante y niño menor de cinco años. Desde su implementación, ha logrado incrementar su cobertura en las ciudades; sin embargo, también está generando la desatención a otros grupos de la población. En la investigación, y a partir de los datos registrados en tres centros de salud de San Cristóbal y barrios mineros aledaños, constatamos que uno de los sectores más afectados es el de los jóvenes, y, entre éstos, los hombres, puesto que durante la gestión 2004, en el rango de edad de 19 a 29 años, se realizaron 2.966 consultas, de las cuales, 70,3% estuvieron dirigidas a mujeres y 29,3% a hombres. El grupo de diagnóstico más frecuente y que casi monopoliza la atención en los centros de salud estatales es el que corresponde a las mujeres gestantes, principalmente por el carácter gratuito de las prestaciones del SUMI. La concentración de la atención del personal de salud en el SUMI genera descontento en los jóvenes sobre la calidad de otros servicios que ofrecen los centros de salud de su barrio.

Entonces, muchos prefieren acudir a centros de salud de ONGs, de la Iglesia o a consultas con especialistas privados de la zona central.

Sin embargo, a pesar de que entre los jóvenes existe una tendencia cada vez mayor a acudir a los servicios biomédicos, encontramos que otra de las razones que limitan la asistencia a los centros de salud es la diferencia en la concepción de la salud y la enfermedad. Para el joven, estar enfermo no significa solamente tener el cuerpo biológico afectado, implica otras dimensiones (espirituales, simbólicas, sociales y afectivas) que cubren prácticamente la totalidad de sus vivencias, que también pueden estar afectadas. En cambio, para la biomedicina, la enfermedad se fundamenta en la explicación biologicista, según la cual el enfermo es tratado como un objeto dañado y aislado de sus determinantes históricas y socioculturales.

Sistema tradicional

La medicina tradicional en San Cristóbal está vigente. Entre los jóvenes encuentra espacios propicios para reproducirse, pero no de manera estática, sino como un proceso dinámico caracterizado por el cambio. En este proceso, los principales especialistas, denominados en el barrio con el nombre genérico de curanderos, asumen nuevos roles y las demandas de los jóvenes por sus servicios se orientan, en mayor medida, a aspectos económicos ("poner suerte" para los negocios), afectivos ("amores"), laborales ("curar" para encontrar trabajo), etcétera. Los curanderos también se ocupan de enfermedades denominadas síndrome de filiación cultural o "tradicionales", como son las producidas por las divinidades relacionadas con la minería.

De esta manera, los curanderos de la zona asumen nuevos roles cada vez más relacionados con las vivencias afectivas, sociales, familiares y económicas de la juventud. Frente a la gran demanda de servicios, la heterogeneidad de la población migrante y las cambiantes necesidades de la población de los barrios mineros, observamos que también existe una oferta abierta por parte de los curanderos. Es así que encontramos jóvenes que solicitan prácticas de hechicería, posiblemente como resultado de relaciones personales insatisfactorias o por las frustraciones que viven por no haber cumplido sus sueños de prosperar económicamente o ante

la inseguridad que les provoca el medio social inestable de la ciudad. Recordemos que gran parte de los jóvenes que viven en San Cristóbal son migrantes del área rural y el proceso de adaptación al medio urbano es una etapa difícil.

Las hechicerías generalmente se realizan por conflictos entre personas, por "envidia" o para "arreglar cuentas" a través de actos que implican la intervención de la magia. La hechicería se puede usar para dañar a otras personas corporal o económicamente o, por el contrario, para dar alivio, curar, dar "suerte", protección, alejar maldiciones para uno mismo u otra persona.

Las consultas de los jóvenes en el sistema tradicional hacen referencia a una medicina holística, que abarca, no sólo el cuerpo físico, sino también el cuerpo social y simbólico, pues los terapeutas tradicionales tratan desórdenes en la relación hombre-cosmos que la medicina convencional no reconoce. Ellos toman en cuenta no sólo el cuerpo, sino la totalidad de la persona, lo que incluye suerte, destino, y otros aspectos en los que no interviene el sistema de salud convencional.

Curanderos y género

Las mujeres son las que mayormente consultan con los curanderos, y entre la juventud femenina principalmente lo hacen por cuestiones de "amores": encontrar o retener a su compañero. Sin embargo, el curandero no considera que las jóvenes busquen "amor" sino, sobre todo, bienestar económico y al "hombre" como imagen masculina que da una identidad familiar. En los barrios mineros, es común encontrar familias que no tienen la presencia del "hombre", porque los mineros suelen morir pronto en accidentes y por diversas enfermedades. Esto provoca que dejen a sus esposas jóvenes con hijos y muchas obligaciones económicas que son difíciles de asumir. Esta realidad alimenta un temor muy grande de quedarse sin compañero.

Si bien las consultas de las jóvenes se orientan principalmente a la obtención o a la conservación de su status de mujer en pareja como parte de su identidad social, también lo hacen para acceder a los ingresos masculinos, supuestamente más altos que los de las mujeres, y, sobre todo, para no quedarse como madres solteras.

De la misma manera que parte de las consultas de las mujeres están ligadas a problemáticas de género, entre los hombres, las consultas con curanderos están relacionadas con su "identidad masculina", específicamente con problemas de pérdida de potencia sexual que ellos atribuyen a la agresión mágica de la mujer que quiere retenerlo a su lado. Estas percepciones tienen mucha influencia en la concepción de las causas de enfermedades de transmisión sexual (ITS): muchas veces los jóvenes argumentan que el SIDA o las ITS son causadas por embrujos. Por otra parte, en el imaginario de los jóvenes que viven en los barrios mineros, está presente la imagen del Tío con su pene sobredimensionado, como representación de la fertilidad masculina, que probablemente influye en su preocupación por su virilidad e identidad masculina.

Sistema de autoatención

Cuando los jóvenes atraviesan por problemas de salud, recurren a una diversidad de prácticas para recuperarla. Aplican generalmente tratamientos que han sido experimentados en el ámbito familiar, o que han sido recomendados por vecinos, amigos o compañeros de trabajo. También emplean tratamientos creados por ellos mismos con ayuda de algún familiar, en los que combinan conocimientos propios, conocimientos nuevos adquiridos en el contacto con médicos, terapeutas tradicionales, amistades, y también influidos por los medios de comunicación.

Al recurrir a la autoatención, los jóvenes evitan asistir a los centros de salud, lo que les permite ahorrar tiempo y dinero. Además, tienen confianza en los medicamentos autorrecetados porque han sido utilizados en la familia o entre amigos, y son eficaces para ciertas dolencias o enfermedades. Mediante algunas de las prácticas descritas, observamos la importancia y el amplio conocimiento que tienen los jóvenes sobre las enfermedades y los tratamientos destinados a recobrar la salud.

En su proceso de adaptación migratoria, los jóvenes de San Cristóbal, especialmente los varones, aceptan con relativa facilidad el consumo de medicamentos de patente y los servicios médicos "oficiales". Sin embargo, en esta población, el recurso de salud más utilizado es el de la autoatención o atención en el ámbito doméstico. En éste, sus conocimientos y prácticas se adaptan, reinterpretan y mezclan con los nuevos

adquiridos en el contexto urbano. Esto nos deja ver que la población juvenil que vive en San Cristóbal muestra una adaptabilidad dinámica al medio urbano.

El consumo de calmantes para aliviar síntomas de enfermedades estaría desplazando a un segundo plano el uso de la herbolaria medicinal. Sería importante realizar estudios que profundicen el tema sobre la pérdida y/o reproducción de conocimientos y usos de la herbolaria en sectores urbanos con poblaciones de origen rural.

Itinerario terapéutico

Es en la trayectoria terapéutica del joven donde se concreta de manera práctica la interculturalidad, puesto que el joven recurre a los diferentes recursos que están a su alcance para recuperar la salud. Por ello, los itinerarios terapéuticos se constituyen en un terreno propicio para entender el factor intercultural en el campo de la salud. El ejercicio de esquematizar las acciones emprendidas por los jóvenes de San Cristóbal ha tenido la finalidad de brindar información sobre las prácticas concretas para enfrentar a las enfermedades y/o padecimientos y comprender que, detrás de las acciones que emprende el joven, hay una lógica y una coherencia explicativa en la utilización de uno o varios de los recursos seleccionados.

En los itinerarios, observamos que la salud no se reduce a las prácticas biomédicas o del sistema tradicional, sino a la presencia e intervención de una variedad de actores institucionales y/o personas especialistas o no que participan en la búsqueda de la salud del joven enfermo. Asimismo, es importante destacar que la enfermedad es un "asunto familiar", y son especialmente las mujeres las que asumen los roles de principales curadoras y de compañeras en la toma de decisiones y en el acompañamiento en las diferentes alternativas elegidas para recuperar la salud.

El itinerario que siguen los jóvenes está caracterizado por la variedad de alternativas de los diferentes sistemas médicos y religiosos y por la diversidad de "curadores" que intervienen en la trayectoria que sigue el joven para recuperar la salud (compañeros de trabajo y amigos, farmacéutica, *q'apachaqueras*, yerbateras, naturistas, curanderos, médicos, enfermeras, pastores de las iglesias evangelistas, curas y hermanas de la iglesia católica, "hermanos" de las congregaciones cristianas, etcétera). Las di-

ferentes acciones que acompañan los tratamientos son: misas de salud, oraciones, novenas, visitas a los santuarios, etcétera. En los itinerarios también observamos la interconexión incesante entre los diversos recursos de salud. Mientras más complicada o grave es la enfermedad, más actores y ambientes terapéuticos intervienen. Además, en un principio, el joven puede considerar que su enfermedad puede ser para el médico o para el curandero. No obstante, sólo al final, cuando ha recuperado la salud, podrá decir quiénes han solucionado su problema.

Por otra parte, a través de los itinerarios, percibimos que la práctica de la interculturalidad en salud no solamente implica pasar de un ambiente físico a otro, sino aceptar antagonismos entre prácticas que a veces tienen lógicas opuestas. Lo anterior evidencia que no existe una sola lógica médica, sino varias, y que la curación no depende de encontrar la "verdaderamente adaptada, la verdad de la enfermedad", sino que la práctica de la interculturalidad se traduce en la capacidad de asumir, aceptar y practicar lógicas distintas.

Interculturalidad en salud

Por los testimonios de los jóvenes, percibimos que para ellos la interculturalidad en salud se manifiesta en la comprensión del dolor y de las dificultades que trae consigo la enfermedad, en el respeto por el otro, tanto en lo que dice como en lo que siente, en la no discriminación por tener una enfermedad contagiosa o por la apariencia física. La interculturalidad también se traduce en el apoyo moral y afectivo de la familia, del vecindario y del personal de salud.

En las sugerencias de los jóvenes, no surgió en ningún momento la propuesta de incorporar a curanderos en los centros de salud porque parece ser claro para ellos que, cuando necesitan del servicio del curandero, saben dónde encontrarlo al igual que a los médicos. Sin embargo, a partir de las propuestas del personal de salud, encontramos que una de las estrategias de interculturalidad que pretenden implementar es la incorporación de curanderos en sus centros de salud. En el caso específico de los jóvenes, pensamos que los resultados en este sentido no serán alentadores; además, entre las autoridades, el personal de salud y los jóvenes hay poca comunicación. Por ello, sus verdaderas demandas no son tomadas en cuenta.

Probablemente para los jóvenes no surgió este tipo de demandas porque la eficacia radica justamente en la diversidad de ofertas con sus propias características. Por lo tanto, los servicios de los curanderos dentro de un centro institucionalizado tenderían a asumir una lógica parecida a la de la biomedicina. Es decir, los curanderos pasarían a ocuparse principalmente de los problemas que afectan el cuerpo biológico (aunque implique la intervención de prácticas tradicionales como: masajes, sahumerios, emplastos, mates, etcétera), y las atenciones principales por las que acuden los jóvenes, que están más relacionadas con el amor, el trabajo, la suerte, los estudios, etcétera, pasarían a un segundo plano. Ello podría influir de alguna manera en la visión holística de la salud que es actualmente practicada por los curanderos.

Por lo expresado por los jóvenes y terapeutas "tradicionales" que atienden a la población de San Cristóbal, pensamos que la modalidad que está asumiendo la interculturalidad en salud en el departamento de Potosí (que se orienta principalmente a incorporar médicos tradicionales en los centros de salud) no es la más pertinente. Esto se debe a que cada terapeuta tiene sus espacios y sus tiempos diferentes. Que trabajen en espacios institucionalizados como en los hospitales o centros de salud no sería una política que incremente realmente la asistencia de la población y menos aún la de los jóvenes, porque ellos tienen otro tipo de demandas que no están relacionadas con la decisión de reunir en un mismo espacio a médicos y curanderos. Más bien, el unir el sistema tradicional con el biomédico rompería la lógica de poder pasar de un sistema a otro. Es decir, posiblemente lo más importante es la existencia de sistemas médicos con concepciones y prácticas distintas y que el joven pueda disponer de varias ofertas.

Por otra parte, en Bolivia la mayoría de las acciones que se orientan a la interculturalidad en salud pretenden una integración de la medicina académica y la tradicional. Sin embargo, esta integración para los jóvenes ya está consumada, y es a través del itinerario terapéutico que se da la articulación entre diferentes saberes y prácticas frente a la enfermedad. Son los jóvenes y los enfermos los integradores. Entonces, no pensamos que sea necesario incorporar curanderos en los hospitales o centros de salud porque el interés de la biomedicina por los terapeutas tradicionales se concentra en la utilización de éstos como un recurso subordinado del sector de salud oficial, especialmente en los conocimientos que tienen sobre la herbolaria medicinal.

A nuestro modo de ver, la interculturalidad también debe pasar por un cambio de la visión mecanicista, individualista y de aislamiento del cuerpo biológico con el espiritual, social y simbólico que practican los biomédicos. La interculturalidad no implica únicamente reconocer la existencia de las divinidades o de las hechicerías, sino la lógica de enfermedad/salud y atención.

Los hallazgos de la investigación evidencian que el primer nivel real de atención de la salud entre los jóvenes de los barrios mineros es la autoatención. Sin embargo, en Bolivia no se han realizado investigaciones médicas ni sociales que permitan comprender mejor este fenómeno. Es importante efectuar investigaciones que analicen este tema para conocer las ventajas y/o los riesgos que implica, y las posibles políticas de educación en salud que podrían elaborarse, dirigidas especialmente a la juventud que vive en contextos urbanos.

Por otra parte, también consideramos importante profundizar teóricamente en el conocimiento de las enfermedades "causadas" por las divinidades de la mina, a fin de no realizar explicaciones reduccionistas o simplistas sobre estas enfermedades de la población relacionadas con el ambiente minero. Otros temas que no han sido estudiados en el departamento de Potosí son aquellos que relacionan la enfermedad con la religión y aquellas enfermedades provocadas por la envidia o las hechicerías, frecuentes especialmente en espacios urbanos. Las investigaciones de estos temas darían mayores pistas para tener una mejor comprensión de la salud y la enfermedad.

Finalmente, hacen falta investigaciones que analicen en profundidad los factores de cambio y/o reproducción de conocimientos y prácticas en salud entre los jóvenes migrantes en ciudades, que ayudarían a comprender la realidad dinámica de la juventud y podrían constituirse en elementos para implementar políticas interculturales y generacionales en salud.

9. Propuestas de políticas públicas

Propuestas de los jóvenes para mejorar los servicios de salud

Las propuestas de políticas públicas que enunciamos a continuación han surgido de las propias sugerencias de los jóvenes. Todas estuvieron orientadas a pedir un mejor trato, una atención más humana y de mejor calidad en los servicios biomédicos. Esto implica necesariamente pasar por un cambio de actitud del personal de salud, además de mayor personal y mejoras en la infraestructura.

Al respecto, los jóvenes tienen muchas ideas que surgen principalmente de sus experiencias personales. Sin embargo, también percibimos que especialmente la juventud de barrios mineros no está acostumbrada a ser consultada y menos a que sus opiniones en temas de salud sean tomadas en cuenta. Para la mayoría de los entrevistados, era la primera vez que hablaban de sus ideas, deseos y propuestas de salud para jóvenes. Por ello, en algunas oportunidades, cuando proponían cambios importantes principalmente relacionados con las actitudes del personal de salud, nos dijeron: "soñar no cuesta nada". La totalidad de las propuestas de los jóvenes se centraron en el sistema biomédico.

Atención más rápida

El factor actual sistema de salud estatal que en principio desagrada más a los jóvenes es el relacionado con las largas esperas. Por ello, este aspecto se constituye en el primero que los jóvenes quisieran cambiar por una

atención más ágil donde el joven no tenga que "aguantar el dolor por muchas horas" ni tenga que perder toda una mañana o una tarde para acceder a una consulta.

Las largas esperas en los centros de salud tienen connotaciones que afectan a la organización doméstica, familiar y laboral.

> Cuando vamos al centro de salud tardan en atendernos, vamos a las ocho a sacar fichas y recién nos atienden cerca al mediodía, y a veces ni nos atienden. "Se han acabado las fichas", nos dicen, por eso los jóvenes no quieren venir, acaso en sus trabajos les van a dar permiso tantas horas. Por eso también, sobre todo los hombres, en la noche tienen que ir de emergencia a la Cruz Roja. Por eso me gustaría que los doctores nos atiendan más rápido, así con gusto iríamos. Podríamos también dejar a las wawas en la casa sabiendo que no vamos a tardar tanto, pero cada vez es peor. Ahora con el SUMI más prefieren atender a los niños, a los jóvenes nos hacen esperar (Roxana, hija de guarda).

Lenguaje e idioma

Otro elemento que los jóvenes desearían cambiar se refiere a la poca explicación que da el médico sobre el diagnóstico y el tratamiento del paciente; además de ser insuficiente, el lenguaje que utiliza es técnico y complejo.

> El lenguaje y la ciencia del médico se limita a los elementos fisiológicos: el mal es alguna dificultad técnica. Los enfermos suelen referirse al mal en otros términos ligados a los sentimientos… Es muy frecuente también que el paciente diga que "se siente mal" mientras que el médico le pregunta: "¿dónde le duele?" La comunicación con el paciente no solamente puede ser más afectiva cuando el médico se adecúa con su lenguaje al paciente, sino, y tal vez es más importante, cuando aprende a escuchar (Dibbits, 1994: 47).

Los jóvenes proponen que los médicos tomen más tiempo con el paciente y den mayor explicación en un lenguaje que sea comprensible. Además, quisieran que se les escuche porque el tomar la decisión de ir al centro de salud en algunas ocasiones no ha sido fácil y cuando lo hacen desean que lo que quieren comunicar sea escuchado y tomado en cuenta.

Asimismo, como menciona Dibbits, la enfermedad está estrechamente ligada a los sentimientos, por ello también los jóvenes proponen que el trato no sea tan frío sino con respeto y "cariño".

> Yo quisiera que el médico y las enfermeras expliquen bien porque a veces dos, tres palabras nomás te dicen. Yo salgo sin entenderlo qué esta pasando, es la verdad. Además, hablan de acefaleas[1] o no sé qué, yo ni idea de qué me estará hablando. Igual me dan receta y no sé para qué es, ni siquiera me explica bien cuándo debo tomar. Por eso prefiero ir a la farmacia y la doctorita me explica mejor (Juan, joven minero).

El deseo de que el personal de salud hable el quechua también es un elemento que ha sido mencionado especialmente por las mujeres. Sin embargo, ha sido manifestado como una necesidad de los y para los "otros jóvenes que llegan recién del campo" y no ha sido expresado como una demanda generalizada para la juventud de San Cristóbal.

Cumplimiento de los horarios y ampliación de las horas de atención

Los jóvenes tienen una posición muy crítica sobre el incumplimiento de los horarios de atención en los centros de salud. Ellos argumentan que los médicos generalmente llegan tarde y se van a la hora en punto sin importar que haya pacientes que ya tienen ficha y están esperando ser atendidos. Ellos atribuyen esta actitud a que los médicos trabajan en otras instituciones o tienen sus consultorios privados que les permite ganar más dinero. Al respecto, proponen que exista mayor control de las organizaciones del barrio como las juntas vecinales y los clubes de madres; pero también consideran importante que los grupos juveniles de parroquia de la zona y los clubes de deporte de jóvenes exijan que los horarios se cumplan.

Asimismo, consideran determinante que los horarios se amplíen porque la mayoría de los jóvenes de la zona trabaja hasta las seis o siete de la

[1] Se refiere a los dolores de cabeza.

noche, y en estos horarios no hay ningún centro de salud abierto. Por ello, generalmente recurren a la farmacia del barrio, que está abierta hasta las diez de la noche o a los servicios de salud de la zona central estatales o privados.

Mayor compromiso del personal de salud con el paciente

Los jóvenes que han atravesado por enfermedades graves que han implicado tratamientos largos, se han expresado ampliamente sobre este tema. Sus propuestas están orientadas a que se debe contar con mayor apoyo del personal de salud, sobre todo, con apoyo moral durante el seguimiento a sus tratamientos y durante los controles. Por ejemplo, en el caso de la tuberculosis el efecto de los medicamentos es desagradable, lo que hace desanimar al joven. Además, al inicio del tratamiento él cree que en lugar de mejorar está empeorando, por lo que lo abandona. Esto provoca que, luego, las complicaciones en su salud sean mayores. En concreto, proponen que las trabajadoras sociales o enfermeras visiten al paciente en su casa y hagan el seguimiento de su caso.

> Me gustaría que, por ejemplo, en el caso de la tuberculosis, participen más a que el paciente siga su tratamiento y vaya a sus controles, pero aquí a los doctores les vale, me gustaría que los médicos también se preocupen si ese paciente no ha venido, que se pregunten, debería haber una atención con más seguimiento, porque aquí los jóvenes lo dejan y cuando van de tiempo ya han empeorado (Juan).

Cambio de los mandiles blancos

También los jóvenes manifestaron sobre el temor que genera el mandil blanco, especialmente en los niños. En algunos jóvenes entrevistados también se reproduce este temor por los recuerdos que marcaron especialmente su niñez.

> Siempre todo niño tiene miedo hasta al mandil blanco, tiene miedo, dicen: "Éste me ha de hacer algo", al principio están tranquilos; pero entran al consul-

torio y ven al doctor con su mandil, a la enfermera con su mandil, entonces parece que eso ya les dice, les avisa, les anuncia que ellos son esos que le revisan, los que pinchan… y empiezan a gritar, a llorar… más bien yo creo que deberían cambiar su uniforme (Magaly, joven del barrio).

Fondo solidario y creación de guarderías

Otro elemento que también proponen los jóvenes es la creación de un fondo solidario para quienes necesitan de un apoyo económico, sobre todo, para medicamentos. Esta afirmación la realizan porque consideran que las parejas jóvenes tienen niños pequeños y una economía muy frágil; varios de ellos tienen ingresos semanales generados en la actividad minera y, en caso de enfermedad, toda la organización familiar y laboral se desequilibra. Por ejemplo, si es el hombre el que está enfermo, no puede ir a trabajar y es la mujer la que muchas veces debe salir en busca de una fuente de ingresos para el sustento de la familia y para el pago de médicos y medicamentos del esposo. Entonces, se crea un doble conflicto: el del cuidado de los niños y el económico. También, las mujeres proponen la creación de guarderías de barrio u otro tipo de organización entre madres para cuidar a los niños en caso de enfermedad de alguno de sus padres.

Este aspecto del cuidado de los niños en caso de enfermedad ha sido vivido con mucho dolor por algunas madres de familia, porque se trata de mujeres jóvenes que muchas veces han roto relaciones con sus familiares por frecuentes rivalidades que caracterizan a la zona o por ser migrantes y no cuentan con familiares cercanos.

Los jóvenes consideran que el financiamiento del fondo solidario es posible a través de la realización de pequeñas actividades colectivas que permitan generar un pequeño beneficio con las participantes de las organizaciones más dinámicas de la zona, que son los centros de madres y la participación del personal de los centros de salud de la zona.

Creación de un consultorio popular

Algunos jóvenes manifestaron que les gustaría que médicos jóvenes de su barrio trabajen en la zona, porque consideran que la comunicación

sería mejor porque ellos conocen bien cómo vive la gente y saben de los problemas por los que atraviesa la mayoría de las familias.

> Quisiera que se abra un consultorio popular en el barrio donde trabajen jóvenes del barrio porque tenemos médicos que quieren servir a su barrio, pero como es tan difícil encontrar ítems, se van a otras ciudades… este centro popular tendría que funcionar en la noche y el fin de semana y no sólo con medicina general, sino también odontología (Rosita, hija de palliri).

Seguro de salud a nivel de cooperativas

Los jóvenes mineros quisieran contar con un seguro de salud que sea organizado a nivel de cooperativas. Ellos están dispuestos a dar sus aportes económicos porque no creen que la salud "gratuita" sea eficaz o de buena calidad. A cambio del aporte financiero, quisieran que el personal de salud esté cerca de sus fuentes laborales para actuar con rapidez cuando existen emergencias, principalmente a causa de los frecuentes accidentes en interior mina, o para atender los intensos dolores de cabeza y estómago que muchas veces requieren de una intervención rápida. De igual manera, proponen que haya controles periódicos a todos los trabajadores de la cooperativa porque manifiestan que "hay mucha enfermedad en la mina", sobre todo de los "pulmones", y algunos mineros no van al médico por temor al diagnóstico posible, por falta de tiempo, por descuido, etcétera. Entonces ellos argumentan que si fuera el médico hacia ellos y no a la inversa, no habrían estos problemas y se podrían evitar complicaciones en la salud.

Propuestas de políticas públicas

Las políticas públicas que proponemos abarcan tres ámbitos: el académico, el sistema oficial de salud y el sistema social.

Partimos del académico, porque pensamos que la formación en los centros universitarios es un factor que determina en gran medida las futuras relaciones médico-paciente. Creemos que las mejoras en la atención en los centros de salud deben pasar por cambios de actitudes que estén orientadas hacia un mayor conocimiento, mayor apertura y respeto

por las diferentes concepciones y prácticas en salud de los jóvenes. Para ello proponemos: *Incorporar materias de antropología, sociología cultural y otras que aborden el estudio de la pluralidad de sistemas médicos en las currículas de las universidades de medicina.*

En la dimensión social, proponemos involucrar a los actores de la sociedad civil en la construcción de las políticas de salud. Actualmente, los jóvenes no participan ni individualmente ni a través de sus organizaciones juveniles en la construcción de propuestas u ofertas de los servicios estatales de salud de sus barrios menos aún en las políticas departamentales. Por estas brechas de comunicación, el joven no se siente parte de las problemáticas de salud del sistema oficial. Para superar esta limitación, sugerimos:

- Crear programas de información y comunicación, a fin de que los jóvenes conozcan y participen en la elaboración de las propuestas de salud.
- Promover espacios de encuentro entre médicos académicos, representantes de organizaciones juveniles, de juntas vecinales y otros representantes de la sociedad civil, a fin de crear un debate y conocer demandas y propuestas para el funcionamiento del sistema oficial de salud.
- Reforzar las redes sociales de salud para que las organizaciones, especialmente las juveniles, ejerzan mayor control social sobre el funcionamiento y la calidad de atención en los centros de salud.
- Evitar los cambios frecuentes del personal en los servicios de salud oficiales.
- Elaborar e implementar una propuesta de seguro de salud para jóvenes, accesible en términos económicos, de horarios y culturales.

En cuanto a las políticas de salud intercultural, sugerimos:

- Promover el conocimiento y manejo del idioma quechua por parte del personal de los servicios de salud estatales y no gubernamentales.
- Fomentar el estudio y valoración de los conocimientos y la eficacia de las prácticas médicas de los curanderos.
- Profundizar el conocimiento y la comprensión de las diversas ofertas de salud a las que recurren los jóvenes.

– Mejorar la calidad de atención en los centros de salud, especialmente a través de la práctica de mayor respeto hacia la persona, mayor escucha y mayor calidez en la atención al joven.

Bibliografía

Absi, Pascale
2003 *Les ministres du diable. Le travail et ses représentations dans les mines de Potosi, Bolivia*. Paris: L'Harmattan.

Aguiló, Federico
1982 *Enfermedad y salud según la concepción aymara-quechua.* Sucre: Qori llama.

Aguirre Beltrán, Gonzalo
1992 "Nace la antropología médica". En: Campos, Roberto (Comp.). *La antropología médica en México.* México, D.F.: Amacalli Editores. 39-77.

Barragán, Rossana *et al*.
2003 Guía para la formulación y ejecución de proyectos de investigación. La Paz: PIEB

Bernand, Carmen
1998 *La solitude des renaissants: Malheurs et sorcellerie dans les Andes.* París: L´Harmattan.

Bolivia. Instituto Nacional de Estadística.
2001 *Resultados Censo 2001 por área censal*. (Inédito).

Campos Navarro, Roberto
1998 *Nosotros los curanderos.* México, DF: Marbeth SA de CV.

Campos Navarro, Roberto (Comp.)
1992 *La antropología médica en México*. México, DF: Amacalli Editores.

Campos Navarro, Roberto
1992 "Prácticas médicas populares: Algunas experiencias sobre el proceso de autoatención curativa". En: Campos, Roberto (Comp.). *La antropología médica en México*. México D.F.: Amacalli Editores.

Castellón Quiroga, Iván
1997 *Abril es tiempo de kharisiris.* Cochabamba: Serrano.

Dibbits, Ineke
1994 *Lo que puede el sentimiento: la temática de la salud a partir de un trabajo con mujeres de El Alto Sur.* La Paz: HISBOL.

Dibbits, Ineke y Marisma, De Boer
2002 Encuentros con la propia historia. Interculturalidad y trato humano desde las perspectivas de un equipo de salud. La Paz: Garza Azul.

Fernández, Adolfo
s.d. "Orinoterapia" En: http://medicinaintegradora.entornomedico.org/orino, 30/03/2005.

Fernández Juárez, Gerardo
1999 "Médicos y yatiris". En: *Salud e interculturalidad en el altiplano aymara.* La Paz: CIPCA, Cuadernos de investigación 51.

Girault, Louis
1984 *Kallawaya*: *Guérisseurs itinérants des Andes*. París: Orstom.

Menéndez, Eduardo
1980 "Clases subalternas y el problema de la medicina denominada tradicional". En: *Cuadernos de la Casa Chata 32*. México: Centro de Investigaciones de ONAH.

Menéndez, Eduardo
1992 "Modelo hegemónico, modelo alternativo subordinado, modelo de autoatención. Caracteres estructurales". En: Campos, Roberto (Comp.). *La antropología médica en México*. México D.F.: Amacalli Editores.

Menéndez, Eduardo
1992 "Autoatención y automedicación. Un sistema de transacciones sociales permanentes". En: Campos, Roberto (Comp.). *La antropología médica en México*. México D.F.: Amacalli Editores.

Potosí. Honorable Alcaldía Municipal de Potosí
2000 Plan de Desarrollo Municipal 2000-2004.

Potosí. Universidad Autónoma Tomás Frías, Dirección de Postgrado
2001 "Diagnóstico de la situación de salud y propuesta de intervención para el área de salud San Cristóbal". (Inédito).

Rance, Susanna *et al*.
2002 Experiencias en investigación sociocultural. La Paz, Leticia Sáinz.

Salinas, Silvia
2002 "Poder, subjetividad y cambio en la investigación cualitativa". En: Rance, Susana, *et al*. Experiencias en investigación sociocultural. La Paz: Edición Leticia Sáinz.

UNITAS-ISALP
s.f. *Distrito Nº 4 'San Cristóbal': Diagnóstico poder local* (Inédito).

Valdez Carrizo, Edgar
1993 *Santé et médecine populaire en Bolivie*, París: KARTHALA.

Vargas, Luis y Leticia Casillas
1992 "La antropología médica en México". En: Campos, Roberto (Comp.). *La antropología médica en México*. México D.F.: Amacalli Editores.

Viesca, Carlos
1992 "Veinte años de investigación en medicina tradicional de México". En: Campos, Roberto (Comp.). *La antropología médica en México*. México D.F.: Amacalli Editores.

Autores

Ingrid Tapia Montecinos
Licenciada en Economía en la Universidad Autónoma Tomás Frías. Tiene una Maestría en Estudios para el Desarrollo en el Institut Universitaire d'Etudes du Developpement (IUED) de la Universidad de Ginebra Suiza. También tiene una especialización en Salud Intercultural en la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM) y la Universidad Tomás Frías.

Ricardo Royder Yáñez
Licenciado de la Carrera de Antropología de la Universidad Católica Boliviana de Cochabamba.

Teodora Cruz Catata
Licenciada en Enfermería en la Universidad Autónoma Tomás Frías de Potosí.

¿Menstisan, Paracetamol o wira wira? ¿Ir al hospital? ¿Pasar directamente por la farmacia? ¿Hacerle caso a la abuela y a sus remedios caseros? ¿Y si este dolor no fuera para médico, sino para curandero? Esta investigación reflexiona sobre los itinerarios que siguen los jóvenes de los barrios mineros de Potosí para recuperar su salud. En éstos, la práctica de la interculturalidad se traduce en la capacidad de asumir, aceptar y practicar lógicas distintas de los diferentes sistemas médicos y religiosos así como de la diversidad de "curadores" que intervienen en la trayectoria.

ISBN: 99905-829-8-X

PIEB